

MASTO-HANKKEEN (2008–2011) LOPPURAPORTTI

Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen
tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset





Masto-hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi
Projektet Masto för att minska arbetsoförmåga som beror på depression

Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15

ISBN 978-952-00-3150-3 (nid.)

ISBN 978-952-00-3151-0 (PDF)

ISSN-L 1236-2115

ISSN 1236-2115 (painettu)

ISSN 1797-9897 (verkkajulkaisu)

URN:ISBN: 978-952-00-3151-0

<http://um.fi/URN:ISBN: 978-952-00-3151-0>

Hare STM89:00/2007

www.stm.fi/julkaisut

Kustantaja: Sosiaali- ja terveysministeriö

Kannen kuva: Rodeo

Kuvat: Rodeo, Pixmac

Taitto ja paino: Yliopistopaino, Helsinki 2011

TIIVISTELMÄ

MASTO-HANKKEEN (2008–2011) LOPPURAPORTTI

Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset

■ Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2007 Masto-hankkeen edistämään työhyvinvointia lisääviä käytäntöjä työelämässä, masennuksen ehkäisyä, hyvää hoitoa ja kuntoutusta sekä työssä jatkamista ja työhön paluuta masennuksen yhteydessä, ja vähentämään masennusperusteista työkyvyttömyyttä (STM089:00/2007).

Hankkeen ohjausryhmässä ovat olleet edustettuina keskeiset hallinnonalat, työmarkkinajärjestöt ja kolmas sektori. Hankkeelle kutsuttiin myös korkean tason koordinaatioryhmä. Masto-hanke toimi oman toimintansa ohella sateenvarjona monille mukana olevien organisaatioiden jo aiemmin käynnistämille hankkeille. Hankkeessa edistettiin erityisesti toimenpiteitä, jotka tukevat eri toimijoiden yhteistyötä ja hyvien käytäntöjen leviämistä valtakunnallisesti.

Ohjausryhmä laati vuosille 2008–2011 ajoittuvan toimintaohjelman. Siihen koottiin 20 osahanketta ja toimenpidettä, joiden toteuttamisesta vastasivat hankkeessa mukana olleet organisaatiot. Hankkeen toimintaohjelma sisälsi neljä osa-aluetta: työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen, masennusta ehkäisevä toiminta, masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito sekä masennuksesta toipuvien kuntoutus ja työhön paluu.

Käytännössä Masto-hanke on pyrkinyt edistämään työhyvinvointia tuomalla mielenterveyteen liittyviä teemoja työterveys- ja työsuojeluhenkilöstön koulutuksiin sekä esimiesvalmennuksiin. Yksi merkittävä hankkeeseen liittyvä kokonaisuus on ollut työterveyshuollon toiminnan kehittäminen ja siihen liittyen työpaikan, työterveyshuollon ja psykiatrian yhteistoiminnan edistäminen. Keskeistä toiminnassa oli myös masennuksen alkuvaiheen hoidon tukeminen peruspalveluissa.

Masto-hankkeessa on pidetty monin tavoin esillä työkyvyn varhaisen tuen ja työhön paluun hyviä käytäntöjä. Teemat olivat esillä valtakunnallisissa ja alueellisissa koulutus- ja muissa tilaisuuksissa sekä työpaikoille suunnatussa MastDo-kampanjassa.

Kolmen viime vuoden aikana masennusperusteinen työkyvyttömyys on kääntynyt laskuun. Vuoden 2010 lopussa masennuksen vuoksi eläkkeellä oli yhteensä 38200 henkilöä eli 14 prosenttia kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä olleista. Masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyi samana vuonna työeläkejärjestelmästä 3761 suomalaista. Vuonna 2010 masennusperusteiset eläkemenot olivat 523 milj. euroa ja sairauspäivärahakustannukset 116 milj. euroa (yhteensä 639 milj. euroa).

Loppuraportissa on kuvattu Masto-hankkeen toimintaa vuosina 2008–2011. Ohjausryhmä on tehnyt myös ehdotuksia jatkotoimenpiteiksi.

Asiasanat: ennaltaehkäisy, hoito, kuntoutus, masennus, mielenterveys, sairauspoissaolot, työhyvinvointi, työkyky, työkyvyttömyys, työkyvyttömyyseläkkeet

SAMMANDRAG

SLUTRAPPORT FÖR PROJEKTET MASTO (2008–2011)

Projektet för att minska arbetsoförmåga som beror på depression – verksamhet och förslag

■ Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte år 2007 projektet Masto för främjande av praxis som ökar välbefinnandet i arbetet, förebyggande av depression, god behandling och rehabilitering samt ork i arbetet och återgång till arbetet i samband med depression, och för att minska arbetsoförmåga som beror på depression (STM089:00/2007).

Centrala förvaltningsområden, arbetsmarknadsorganisationerna och tredje sektorn har varit företrädare i projektets styrgrupp. Till projektet inbjöds även en koordinationsgrupp på hög nivå. Projektet Masto fungerade vid sidan om sin egen verksamhet som ett paraply för flera projekt, som de deltagande organisationerna redan tidigare hade startat. Projektet främjade särskilt åtgärder som stöder samarbetet mellan olika aktörer samt riksomfattande spridning av god praxis.

Styrgruppen utarbetade en verksamhetsplan för åren 2008–2011. Programmet omfattade 20 delprojekt och åtgärder, och de deltagande organisationerna hade ansvaret för genomförandet av dem. Projektets verksamhetsplan bestod av fyra delområden: främjande av välbefinnande i arbetet och psykisk hälsa, verksamhet som förebygger depression, tidig identifiering och behandling av depression samt rehabilitering av och återgång i arbetet för personer som återhämtar sig från depression.

I praktiken har projektet Masto strävat efter att främja välbefinnandet i arbetet genom att föra in nya teman med anknytning till mental hälsa i utbildningarna för företagshälsovårds- och arbetarskyddspersonalen samt chefsträning. En betydande helhet som hör ihop med projektet har varit utveckling av företagshälsovårdens verksamhet och med anknytning till denna främjande av samarbetet mellan arbetsplatsen, företagshälsovården och psykiatrin. Centralt i verksamheten var också stödandet av behandlingen av depression i inledningsskedet inom primärvården.

God praxis vid tidigt stöd av arbetsförmågan och återgång till arbetet har på flera sätt framhållits i projektet Masto. Teman låg framme vid riksomfattande och regionala utbildningsdagar och andra evenemang samt i samband med MastDo-kampanjen som riktade sig till arbetsplatserna.

Under de tre senaste åren har antalet fall av arbetsoförmåga som beror på depression vänt neråt. I slutet av år 2010 var sammanlagt 38 200 personer pensionerade på grund av depression, dvs. 14 procent av alla som hade invalidpension. Samma år gick 3 761 finländare i pension från arbetspensionssystemet på grund av depression. År 2010 var pensionsutgifterna på grund av depression 523 milj. euro och kostnaderna för sjukpenning 116 milj. euro (sammanlagt 639 milj. euro).

Slutrapporten har beskrivit verksamheten för projektet Masto åren 2008–2011. Styrgruppen har också gett förslag till fortsatta åtgärder.

Nyckelord: arbetsförmåga, arbetsoförmåga, behandling, depression, förebyggande, invalidpensioner, mental hälsa, rehabilitering, sjukfrånvaro, välbefinnande i arbetet

SUMMARY

FINAL REPORT OF THE MASTO PROJECT (2008–2011)

Actions and proposals of the project to reduce depression-related work disability

■ The Ministry of Social Affairs and Health set up the Masto project in 2007 to promote practices increasing wellbeing at work, to enhance depression prevention, to improve effective treatment and rehabilitation, to promote staying on at work and return to work in the context of depression, and to reduce depression-related work disability (STM089:00/2007).

The steering group for the project has included representatives of the key administrative sectors, social partners and the third sector. A high-level coordination group was also appointed for the project. The Masto project also served as an umbrella for many of the projects that the organizations involved had started before. The project promoted in particular measures underpinning the cooperation of different actors and dissemination of best practices at the national level.

The steering group prepared an action plan for the years 2008–2011, comprising 20 sub-projects and measures which the organizations participating in the project were responsible for carrying out. The action plan encompassed four sub-areas: promotion of wellbeing at work and mental health, prevention of depression, early recognition and treatment of depression, and rehabilitation and return to work of those recovering from depression.

In practice the Masto project has aimed at promoting wellbeing at work by taking up mental health themes in the training organized for occupational health and safety personnel and workplace supervisors. An important component related to the project has been to develop good practices for occupational health services and, associated with it, to promote cooperation between the workplaces, occupational health services and psychiatry. An important element has been to support the treatment of depression at its initial phases within primary care services.

The Masto project has in various ways highlighted good practices related to early support for work ability and return to work. These themes have been dealt with at national and regional training and other such events, and in the MastDo campaign targeted at workplaces.

Depression-related work disability has been declining for the past three years. At the end of 2010 altogether 38,200 people, i.e. 14 per cent of those in receipt of disability pensions had been granted pension on the basis of depression. In the same year 3,761 Finns were granted pension due to depression within the earnings-related pension scheme. In 2010 the depression-based pension expenditure was EUR 523 million and the sickness benefits amounted to EUR 116 million (totalling EUR 639 million).

The final report describes the activities of the Masto project in 2008–2011. The steering group has also put forward proposals for further measures.

Key words: depression, disability pensions, mental health, prevention, rehabilitation, sickness absence, treatment, wellbeing at work, work ability, work disability

■ Masto-hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi päättyi maaliskuussa 2011. Hanke kokosi yhteen laajan joukon aktiivisia toimijoita niin terveydenhuollosta, työpaikoilta, järjestöistä kuin eri hallinnonaloiltakin. Yhteistyötä tehtiin yli sektori- tai organisaatorajojen.

Masto-hankkeen käynnistyessä loppuvuodesta 2007 masennuksesta aiheutuva työkyvyttömyys oli lähes kaksinkertaistunut edeltäneen 10 vuoden aikana – ja kasvu näytti jatkuvan. Uusia masennusperusteisia eläkkeitä myönnettiin tuolloin 4600:lle suomalaiselle vuodessa. Kolmen viime vuoden aikana pitkään jatkunut kasvu näyttää kääntyneen laskuun. Yksittäisistä sairauksista yleisin työkyvyttömyyseläkkeen peruste on edelleen kuitenkin masennus, niin miehillä kuin naisillakin.

Työurien pidentäminen edellyttää työelämän laadun ja hyvinvoinnin parantamista sekä työntekijöiden terveyden, toimintakyvyn ja osaamisen vahvistamista. Koska työkyvyttömyyden taustalla on sekä työelämään että terveydenhuoltoon liittyviä kysymyksiä, niiden ratkaisemisessa tarvitaan tiivistä yhteistyötä. Masto-hankkeen erityisenä tarkoituksena on ollut edistää eri toimijoiden yhteistyötä ja muuttaa vallitsevia toimintatapoja.

Hankkeen ohjausryhmässä olivat edustettuina keskeiset hallinnonalat, työmarkkinajärjestöt ja mielenterveysjärjestöt. Ohjausryhmän tehtävänä oli hankkeen toimintaohjelman laatiminen ja se vastasi myös toimintaohjelman toteuttamisesta. Loppuraportissa ohjausryhmä tekee useita ehdotuksia jatkotoimenpiteiksi.

Työkyvyttömyyden vähentäminen on pitkäjänteistä työtä. Tulokset näkyvät vasta vuosien päästä. Toivomme, että yhteistyötä edistävät prosessit jatkuvat ja hyvin käynnistynyt toiminta työkyvyn ja mielenterveyden tukemiseksi etenee.

Kiitämme lämpimästi kaikkia ohjausryhmän jäseniä ja muita Masto-hankkeen eri toimielimiin kuuluneita henkilöitä. Kiitos kuuluu myös osahankkeiden toimeenpanossa mukana olleille lukuisille ihmisille arvokkaasta työstä masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi.

Leo Suomaa
ylijohtaja

Teija Honkonen
pääsihteeri, Masto-hanke

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
Sammandrag.....	4
Summary	5
ESIPUHE	7
I HANKKEEN TAUSTA.....	11
2 HANKKEEN TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	15
2.1 Tavoitteet ja tehtävät.....	15
2.2 Toimintaohjelman osa-alueet.....	15
3 HANKKEEN ORGANISOINTI JA TOTEUTUS.....	20
3.1 Organisointi ja toimintatavat.....	20
3.1.1 Ohjausryhmä ja sen toiminta.....	20
3.1.2 Korkean tason koordinaatioryhmä ja sen toiminta	21
3.1.3 Hyvät käytännöt -ryhmä ja sen toiminta	22
3.1.4 Sosiaali- ja terveysministeriön rooli.....	22
3.2 Viestintä	23
3.3 Resurssointi.....	25
4 OSAHANKKEIDEN JA TOIMENPITEIDEN ETENEMINEN.....	26
4.1 Hyviä käytäntöjä työpaikoille.....	26
4.1.1 Työhyvinvointia ja mielenterveyttä tukevia toimintatapoja kentälle.....	27
4.1.2 Varhaisen tuen ja työhön paluun pelisäännöt työpaikoille	28
4.1.3 Valmennusta esimiehille ja työsuojeluhenkilöstölle.....	30
4.1.4 Ryhmistä uskoa omaan työkykyyn.....	32
4.1.5 Tietoa masennusperusteisesta työkyvyttömyydestä eri ammateissa.....	33
4.1.6 Tukea yksinyrittäjien ja maatalousyrittäjien työkyvylle	39
4.2 Työterveyshuolloille toimintamalleja ja työkaluja.....	43
4.2.1 Näyttöön perustuva suositus Terveysporttiin.....	43
4.2.2 Alueelliset koulutustilaisuudet osana suosituksen jalkauttamista	44
4.2.3 Tietoa koulutustarpeista ja kehittämishaasteista	46
4.2.4 Kehittämishankkeet osana suosituksen jalkauttamista	47
4.2.5 Hyvät sairauspoissaolokäytännöt levitykseen.....	50

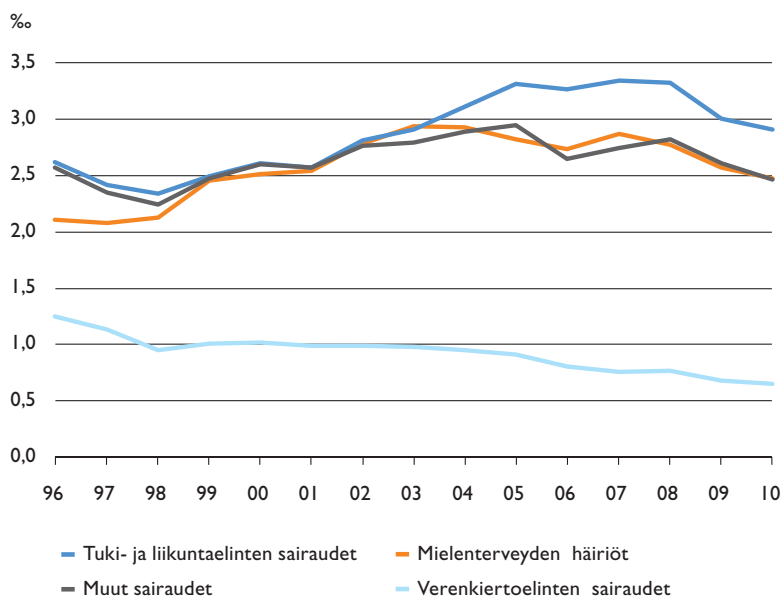
4.3	Vaikuttavia ennaltaehkäisy- ja hoitokeinoja peruspalveluihin.....	52
4.3.1	Tietoa ennaltaehkäisevän työn tueksi.....	52
4.3.2	Kolmiomallilla tehoa depression hoitoon terveyskeskuksissa.....	53
4.3.3	Alkuvaiheen hoitoon vaikuttavuutta psykoterapian keinoin	54
4.3.4	Verkkopohjaisia menetelmiä mielenterveystyöhön	58
4.4	Toimivia kuntoutuspolkuja ja tukea työhön paluuseen	60
4.4.1	Osasairauspäivärahan varhentaminen	61
4.4.2	Ammatillisen kuntoutuksen keinot käyttöön	63
4.4.3	Kuntoutustuella olevien työhön paluun tuki.....	66
4.4.4	MastDo-kampaja työpaikoille.....	69
4.4.5	Kuntoutuspsykoterapian lakisääteistäminen	71
4.4.6	Nuoret ja mielenterveyssyistä myönnetyt eläkkeet	73
5	HANKKEEN SEURANTA	77
5.1	Toteutussuunnitelman seuranta.....	77
5.2	Rekisteri- ja kyselytiedot.....	78
5.3	Sidosryhmäkysely.....	83
6	EHDOTUKSET	89
6.1	Työpaikkojen hyvät käytännöt.....	89
6.2	Työterveyshuollon toiminta.....	92
6.3	Terveystenhuollon toiminta.....	94
6.4	Kuntoutus ja työhön paluun tuki	96
6.5	Nuorten opiskelu- ja työkyvyn tuki.....	101
6.6	Masto-hankkeen käynnistämien prosessien seuranta.....	102
	LIITTEET	104
	KIRJALLISUUTTA.....	121

I HANKKEEN TAUSTA

■ Työurien pidentäminen ja työllisyysasteen nostaminen ovat merkittäviä yhteiskunnallisia tavoitteita. Työikäisen väestön pienentyessä yhtenä keskeisenä huolenaiheena on työntekijöiden ennenaikainen eläkkeelle siirtyminen.

Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyy noin 23 000 henkilöä vuodessa. Heidän lisäksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyy vuosittain noin 3 000 henkilöä, joiden eläke muodostuu pelkästään kansaneläkkeestä. Pelkän kansaneläkkeen saajista valtaosa on tullut työkyvyttömäksi jo nuorena eivätkä he ole olleet mukana työelämässä.

Kaksi sairausryhmää kattaa valtaosan työkyvyttömyyseläkkeiden perusteina olevista sairauksista (kuvio 1). Noin kolmasosalla työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyjistä tärkeimpänä työkykyä heikentävänä sairautena on jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus, toisella kolmanneksella jokin mielenterveyden häiriö. Muut sairausryhmät kattavat kukin korkeintaan 7–8 prosenttia uusista työkyvyttömyyseläkkeistä.



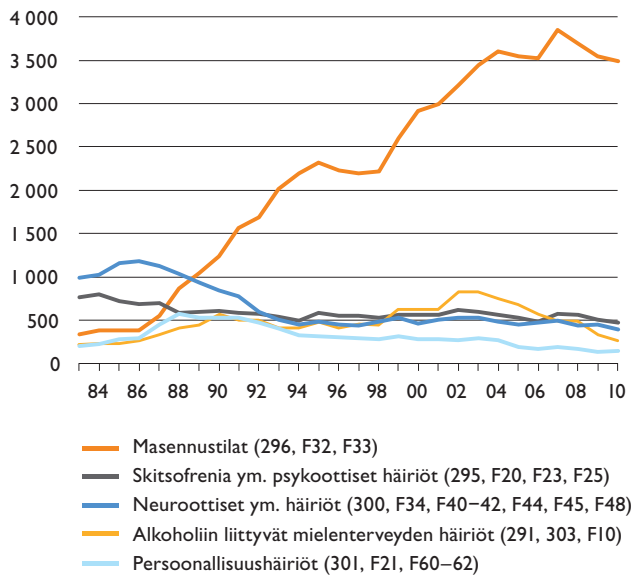
Kuvio 1. Työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioitu alkuvuosi 25–62-vuotiailla sairausryhmittäin vuosina 1997–2010*, yksityinen sektori

Lähde: Eläketurvakeskus

*Kuviossa on mukana kaikki yksityisen sektorin työkyvyttömyyseläkkeet sekä täysitehoiset että vapaakirjat. Tiedot kattavat siten noin 90 % kaikista työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeistä, sillä valtaosa julkisen sektorin eläkettä saavista saa myös eläkettä yksityiseltä sektorilta.

Yksittäisistä sairauksista yleisin työkyvyttömyyseläkkeen peruste on masennus. Masennuksen takia alkaneiden sairauspäiväraha-kausien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on lähes kaksinkertaistunut 1990-luvun

loppupuolelta. Muiden mielenterveyden häiriöiden osalta vastaavaa kasvua ei ole todettavissa (kuvio 2).



Kuvio 2. Yksityisellä sektorilla vuosina 1983–2010 alkaneet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet eräissä mielenterveyden häiriöiden ryhmissä*

Lähde: Eläketurvakeskus

*Vuonna 1996 siirryttiin diagnoosiluokituksessa ICD-9 versiosta ICD-10 versioon. Uusissa eläkkeissä esiintyi parin vuoden ajan kummankin luokituksen diagnoosikoodeja. Kuvassa esitetyt sairaudet on pyritty luokittelemaan siten, että luokitusmuutos mahdollisimman vähän vaikuttaisi niihin.

Miksi masennus on aiheuttanut lisääntyvää työkyvyttömyyttä?

Vakavaa masennusta sairastaa vuosittain yli 200 000 suomalaista. Masennus aiheuttaa paljon inhimillistä kärsimystä sekä masentuneelle itselleen että hänen läheisilleen. Masennustilojen määrä väestössä ei tutkimusten mukaan näyttäisi kuitenkaan lisääntyneen. Miksi masennustilat sitten ovat aiheuttaneet voimakkaasti kasvavaa työkyvyttömyyttä?

Tätä kysymystä pohdittiin muun muassa Eläketurvakeskuksen työkyvyttömyysasiain neuvottelukunnan raportissa, joka julkaistiin juuri ennen Masto-hankkeen käynnistymistä vuonna 2007. Raportissa esitettiin, että masennuksen hoidossa, palveluketjujen sujuvuudessa ja kuntoutuksen toimituudessa on puutteita, jotka vaikuttavat työkyvyttömyyden pitkittymiseen. Myös arjen hyvinvoinnin murros ja työn muuttuminen todettiin osatekijöiksi masennuksen aiheuttaman työkyvyttömyyden ilmenemisessä.

Nykypäivän kiivastahtisessa ja hyviä sosiaalisia taitoja edellyttävässä työelämässä masennustilat vaikeuttavat työssä selviytymistä aikaisempaa enemmän. Masennustila heikentää keskittymiskykyä ja tarkkaavaisuutta, samoin muistia sekä kykyä omaksua uusia asioita ja tehdä päätöksiä. Masennustilaan liittyvä toimintakyvyn heikentyminen haittaa tästä syystä työstä selviytymistä huomattavasti enemmän kuin aiempina vuosikymmeninä, koska työelämän vaatimukset erityisesti psykososiaalisen toimintakyvyn suhteen ovat kasvaneet (kuvio 3).

$$\text{työkyky} = \frac{\text{toimintakyky}}{\text{työn vaatimukset}}$$



Toimintakyky - ihmisen selviytymistä jokapäiväisen elämän vaatimuksista
Työkyky - ihmisen selviytymistä työn asettamista vaatimuksista

Kuvio 3. Työkykyyn vaikuttavat tekijät

Masennusperusteisen työkyvyttömyyden kasvuun vaikuttavat tutkimusten mukaan myös masennustilojen aikaisempaa parempi tunnistaminen, diagnostisten käytäntöjen muutokset ja mielenterveyden häiriöihin liittyvien yleisten asenteiden muuttuminen hyväksyttävämmiksi.

Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentäminen

Työkyvyttömyyden ehkäisyssä tärkeää ovat ennaltaehkäisevät ja työhyvinvointia tukevat työelämän käytännöt sekä oikea-aikainen hoito ja kuntoutus.

Työterveyden edistäminen ja työhyvinvoinnista huolehtiminen kohentavat sekä työntekijöiden hyvinvointia että yritysten tuottavuutta. Työhyvinvoinnin edistäminen on keskeinen keino, jolla lisätään työelämän vetovoimaisuutta ja vastataan väestörakenteen muutoksen tuomiin haasteisiin. Mielekäs työ ja toiminta ovat parhaita keinoja syrjäytymisen ehkäisemisessä.

Varhainen tarttuminen työssäselviytymisen ongelmiin ja taustalla olevien ongelmien ratkaiseminen työpaikkatasolla voivat osaltaan ehkäistä kuormittumisen kehittymisen työkykyä haittaavaksi oireiluksi tai sairaudeksi. Esi- miesten ja koko työyhteisön asenteilla on huomattava merkitys masentuneen työntekijän varhaisen tuen saamisen ja toisaalta toipilasvaiheessa olevan henkilön työhön paluun onnistumisen kannalta. Työpaikoilla yhteistoiminnassa sovitut työkyvyn varhaisen tuen ja työhön paluun käytännöt luovat edellytykset masentuneen työssä jatkamiselle.

Masennus on hoidettavissa oleva sairaus. Valtaosa masennuksesta kärsivistä hyötyy hoidosta merkittävästi. Masennustilat tulisi tunnistaa ja hoito aloittaa riittävän varhain, huomattavasti ennen työkyvyttömyyden uhkaamista. Oikea-aikaisella, aktiivisella ja monipuolisella hoidolla ja kuntoutuksella voidaan myös tukea työ- ja toimintakykyä.

Masennuksen alkuvaiheen hoidon kulmakivi on perusterveydenhuollossa, terveyskeskuksissa sekä opiskelu- ja työterveyshuollossa. Hoidon tuloksellisuutta tukevat joustavat erikoissairaanhoidon konsultaatiomahdollisuudet.

Suomessa työterveyshuolto on merkittävä työssäkäyvän väestön perusterveydenhuollon palvelujen tuottaja. Työterveyshuolto on avainasemassa työssäkäyvien henkilöiden masennuksen tunnistamisessa, oikea-aikaisen hoidon ja kuntoutuksen käynnistämisessä ja työkyvyn arvioinnissa. Työterveyshuollon työterveyspainotteisessa sairaanhoidossa voidaan havaita myös työpaikan muutostarpeet tai varhaisen kuntoutuksen tarve.

Työkykynsä menettäneiden kohdalla työhön paluun edellytykset pitää turvata terveydenhuollon, kuntoutuksen ja työpaikkojen toimivalla yhteistyöllä. Myös työympäristöissä tarvitaan muutoksia, jotta osatyökykyistenkin työssä jatkaminen ja työhön paluu mahdollistuu.

Suuri osa suomalaisista työpaikoista on pieniä. Tästä johtuvat erityisongelmat on huomioitava ja työhön paluuta niiden osalta pitäisi helpottaa. Työhön palaaminen on erityisen haasteellista niillä henkilöillä, joilla ei ole voimassa-olevaa työsuhdetta tai mahdollisuutta työterveyshuollon tukeen.

Masennusperusteiset eläkkeet alkavat keskimäärin 49-vuotiaana eli *kolme* vuotta nuorempana kuin muista syistä johtuvat työkyvyttömyyseläkkeet. Jos masennuksen perusteella myönnettyjen eläkkeiden alkavuus saataisiin puolitettua, eläkkeellesiirtymisikä nousisi Eläketurvakeskuksen laskelmien mukaan 0,3 vuotta.

2 HANKKEEN TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

2.1 TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Masto-hankkeen tavoitteena oli asettamispäätöksen (STM089:00/2007) mukaisesti edistää ja tukea

- työhyvinvointia lisääviä käytäntöjä työelämässä
- varhaista puuttumista työssäselviytymisen ongelmien ilmaantuessa
- masennuksen hyvää hoitoa ja kuntoutusta, jotka tukevat työssä jatkamista ja työhön paluuta.

Hanke kohdistui koko työikäiseen väestöön (16–67-v.). Siinä keskityttiin erityisesti eri toimijoiden välisen yhteistyön edistämiseen ja toimintatapojen muuttamiseen.

Tehtävänä oli laatia toimintaohjelma, joka sisälsi

- osahankkeet
- toimenpiteet
- lainsäädäntömuutokset ja
- tarvittavan yhteistyön

masennuksen varhaisen tunnistamisen, ehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen sekä työssä jatkamisen ja työhön paluun edistämiseksi ja masennuksesta aiheutuvan pysyvän työkyvyttömyyden vähentämiseksi (STM 2008). Näihin Masto-hankkeen toiminnalla pyrittiin vaikuttamaan.

2.2 TOIMINTAOHJELMAN OSA-ALUEET

Toimintaohjelmaan sisällytettiin asettamispäätöksen mukaisesti seuraavat osa-alueet:

- OSA-ALUE 1: Työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen
- OSA-ALUE 2: Masennusta ehkäisevä toiminta
- OSA-ALUE 3: Masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito
- OSA-ALUE 4: Masennuksesta toipuvien kuntoutus ja työhön paluu

Osa-alue 1: Työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen

Toimintaohjelmassa todettiin, että työpaikoilla, työelämän organisaatioissa ja myös muualla yhteiskunnassa tarvitaan asiallista tietoa masennuksesta ja muista mielenterveyskysymyksistä sekä varhaisen tuen ja työssä jatkamisen mahdollisuuksista. Tätä tietoa tarvitaan erityisesti esimieskoulutuksiin.

Keskeisiä tavoitteita työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämiseksi

- väestön yleisen tietoisuuden herättäminen ja kansalaisten osaamisen lisääminen itseavussa, vertaisavussa sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttämisessä
- mielenterveyskysymyksiin liittyviin asenteisiin vaikuttaminen työelämän organisaatioissa ja muualla yhteiskunnassa
- varhaisen reagoinnin ja tuen hyvien käytäntöjen jalkauttaminen työpaikoille ja niiden saaminen osaksi organisaatioiden työterveys- ja turvallisuusjohtamista
- tiedon tarjoaminen esimiesvalmennuksiin psykososiaalisista työolotekijöistä, mielenterveydestä, hyvästä johtamisesta ja työhyvinvointia tukevista käytännöistä
- tiedon tarjoaminen työsuojelu- ja työterveyshenkilöstön koulutuksiin psykososiaalisista työolotekijöistä, mielenterveydestä ja työhyvinvointia tukevista hyvistä käytännöistä

Toimintaohjelmaan kirjattiin yhteensä viisi näihin tavoitteisiin liittyvää osahanketta (taulukko 1).

Osa-alue 2: Masennusta ehkäisevä toiminta

Tutkimustiedon perusteella masennusta ehkäisevä toiminta kannattaa suunnata riskiryhmiin. Riskiryhmät voidaan määritellä perustuen biologisiin, psykologisiin tai sosiaalisiin riskitekijöihin, joiden tiedetään liittyvän tietyn mielenterveyden häiriön puhkeamiseen. Tutkimusten mukaan masennusoireilusta jo kärsiviin kohdistettavia vaikuttavia ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä ovat ennen kaikkea depression itsehoito- ja ennaltaehkäisyryhmät. Myös muut kognitiiviset, pystyvyyden tunteeseen vaikuttavat ryhmäinterventiot ja liikunta voivat osaltaan ehkäistä masennusta.

Keskeisiä tavoitteita masennusta ehkäisevässä toiminnassa

- tiedon lisääminen ja levittäminen vaikuttavista preventiivisistä toimenpiteistä
- riskiryhmiin kohdistuvien jo käytettävissä olevien ennaltaehkäisevien toimenpiteiden käytön tukeminen
- ryhmämuotoisten stressinhallintamenetelmien käytön lisääminen
- preventiivisten vertaisryhmämenetelmien käytön lisääminen
- liikunnan ja sovelletun rentoutuksen lisäämiseksi ohjatun ryhmätönnän edistäminen
- depression itsehoito- ja ennaltaehkäisyryhmien käytön lisääminen

Toimintaohjelmaan kirjattiin yhteensä neljä tähän teemaan liittyvää osahanketta (taulukko 1).

Osa-alue 3: Masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito

Koko työikäisen väestön masennuksen hoidon kulmakivi on perusterveydenhuollossa, terveyskeskuksissa sekä opiskelu- ja työterveyshuollossa. Hoidon laadun parantamiseksi näyttöön perustuvat hoitokeinot pitää saada osaksi arjen työskentelytapoja. Tämä edellyttää Käypä hoito -suositusten hoitokeinojen juurruttamista käytäntöön entistä tehokkaammin osana hoito-organisaatioiden toiminnan kehittämistä sekä peruspalveluissa että erikoissairanhoidossa. Asianmukaisten palveluiden tarjoaminen psyykkisen terveyden ja työkyvyn menettämisen varassa oleville edellyttää, että terveydenhuollon henkilöstön pätevydestä ja osaamisesta huolehditaan riittävällä perus- ja täydennyskoulutuksella.

Keskeisiä tavoitteita masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa

- masennuksen varhaisen tunnistamisen ja aktiivisen, intensiivisen akuuttihoidon edistäminen terveyskeskuksissa
- työterveyshuollon valmiuksien lisääminen masennuksen akuuttivaiheen hoidossa
- työterveyshuollon koordinaatoroolin vahvistaminen masennuspotilaan seurannassa sekä työssä jatkamisen ja työhön paluun tukemisessa
- työterveyshuollon, muun perusterveydenhuollon ja psykiatrian yhteistyön vahvistaminen koulutuksen ja konsultaatiotoiminnan avulla
- hoidon laadun parantamiseksi vaikuttavaksi osoitetun määräraikaisen, fokusoidun lyhytpsykoterapian saatavuuden lisääminen julkisessa terveydenhuollossa alueellista täydennyskoulutusta järjestämällä: alueellinen täydennyskoulutus osaksi prosessiorganisaation strategista johtamista
- hyvien sairauspoissaolokäytäntöjen vahvistaminen ja osasairauspäivärahaetuuden käytön lisääminen

Toimintaohjelmaan kirjattiin yhteensä seitsemän osahanketta, joiden tavoitteena on parantaa hoidon laatua, sekä vahvistaa myös hyviä sairauspoissaolokäytäntöjä. Psykoterapiaan liittyviä osahankkeita kirjattiin sekä osaluokalle 3 (hoitoon liittyvä lyhytpsykoterapia) että 4 (kuntoutuspsykoterapia) (taulukko 1).

Osa-alue 4: Masennuksesta toipuvien kuntoutus ja työhön paluu

Masennuksesta toipuvan toimintakyky palautuu usein oireiden häviämistä hitaammin. Toipilasaika pitäisikin tarvittaessa huomioida työnkuvassa. Työjärjestelyjen, erilaisten muiden työhön paluun tukitoimien ja kuntoutuksen avulla voidaan edistää masennustoipilaan työssä jatkamista ja työhön palaamista.

Keskeisiä tavoitteita kuntoutuksessa ja työhön paluussa

- kuntoutussuunnitelmien tekeminen ja juurruttaminen terveydenhuollon työkäytäntöihin
- kuntoutuksen varhentaminen
- tarpeenmukaisen kuntoutuspsykoterapian saatavuuden varmistaminen
- työkokeilujen, osasairauspäivärahan ja osatyökyvyttömyyseläkkeiden käytön lisääminen työhön paluun tukena
- työhönpaluuprosessien hyvien toimintakäytäntöjen leviäminen
- kuntoutustuella olevien työhön paluun edistäminen

Toimintaohjelmaan kirjattiin yhteensä neljä näihin teemoihin liittyvää osahanketta (taulukko 1).

Taulukko I. Masto-hankkeen toimintaohjelmaan kirjatut osahankkeet ja toimenpiteet 2008–2011 sekä niiden päävastuutahot

Työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen

Osahanke 1.1.1

- Kansalaisten tiedon ja osaamisen lisääminen terveystietoa ja muita portaalitietoja hyödyntäen itseapua, vertaistukea sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön liittyen: *KTL+Stakes/THL*

Osahanke 1.1.2

- Mielenterveyttä ja työssä jatkamista tukevien käytäntöjen vahvistaminen: *Työmarkkinajärjestöt, STM:n Työhyvinvointifoorumi*

Osahanke 1.1.3

- Työelämän toimijoille suunnattujen alueellisten tilaisuuksien järjestäminen: *Masto-hanke*

Osahanke 1.2.1

- Koulutusmodulien tuottaminen esimiesvalmennuksiin ja työsuojeluhenkilöstön koulutuksiin: *TTL*

Osahanke 1.2.2

- Yrittäjien työkyvyn varhaisen tuen mallin kehittäminen: *TTL*

Masennusta ehkäisevä toiminta

Osahanke 2.1.1

- Käytettävissä olevien masennuksen ehkäisykeinojen evaluointi ja niistä tiedottaminen: *KTL+Stakes/THL*

Osahanke 2.1.2

- Preventiivisten ryhmämenetelmien käytön kartoittaminen työterveyshuollossa ja suositukset jatkotoimiksi: *Masto-hanke*

Osahanke 2.1.3

- Työuran hallinnan ja hyvinvoinnin lisäämiseksi kehitetyn Työuran uurtaja -ryhmämenetelmän julkaiseminen ja levittäminen *: *TTL*

Osahanke 2.1.4

- Selvityksen tekeminen ammattiryhmittäisestä työkyvyttömyydestä ja suositukset preventiivisiksi jatkotoimiksi: *ETK, Kuntoutussäätiö, Masto-hanke*

Masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoidon tehostaminen

Osahanke 3.1.1

- Työterveyshuollon hyvät käytännöt: Depressio -suosituksen julkaiseminen ja implementointi koulutusta ja konsultointia integroivan alueellisen yhteistoiminnan avulla: *TTL*

Osahanke 3.2.1

- Vantaan Sateenvarjo-projektissa kehitetyn toimintamallin ja muiden vastaavien toimintamallien valtakunnallinen levittäminen *: *Masto-hanke*

Osahanke 3.3.1

- Selvitys määräaikaisen, fokusoidun lyhytpsykoterapian saatavuudesta julkisessa terveydenhuollossa ja suositukset jatkotoimiksi: *Masto-hanke*

Osahanke 3.3.2

- Alueellisen lyhytpsykoterapiaan liittyvän täydennyskoulutuksen järjestäminen: *Sairaanhoitopiiri*

Osahanke 3.3.3

- SAVAKE-työryhmän ehdotusten jatkotyöstäminen: *Masto-hanke*

Osahanke 3.4.1

- Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä -toimintatavan levittäminen (STM:n julkaisuja 2007:7): *TTL, Masto-hanke, STM*

Osahanke 3.4.2

- Työssä jatkamisen tukeminen ja sairauslomakäytännöt -hankkeessa (JATS-hanke*) tehtyjen ohjeiden levittäminen: *Kuntoutussäätiö, STM*

Kuntoutuksen kehittäminen ja työhön paluun tukeminen

Osahanke 4.1.1

- Harkinnanvaraisuus järjestämisvelvollisuudeksi, omavastuuosuuden tarkistaminen, ohjaamisjärjestelmän selkiytyminen, lyhytkestoisen psykoterapian käyttö: *Masto-hanke, STM*

Osahanke 4.2.1

- Työssä jatkamista ja työhön paluuta tukeva kampanjointi: *Masto-hanke*

Osahanke 4.3.1

- Terveystietokoulutuksen ammattilaisille suunnattu koulutus: *Masto-hanke*

Osahanke 4.4.1

- Selvitys työsuhteen voimassaolosta ja suositukset jatkotoimenpiteiksi: *ETK*

* Hanke oli käynnistynyt osana oman organisaationsa toimintaa, mutta se tuki Masto-hankkeen tavoitteita

3 HANKKEEN ORGANISOINTI JA TOTEUTUS

3.1 ORGANISOINTI JA TOIMINTATAVAT

3.1.1 Ohjausryhmä ja sen toiminta

Hankkeelle asetettiin ohjausryhmä, jossa olivat edustettuina keskeiset hallinnonalat, työmarkkinajärjestöt ja kolmas sektori (liite 1). Ohjausryhmän puheenjohtajana toimi alkuvaiheessa STM:n kansliapäällikkö Kari Välimäki (2007–2009) ja myöhemmin STM:n työsuojeluosaston osastopäällikkö, ylijohdaja Leo Suoma (2009–2011). Ohjausryhmän tehtävänä oli hankkeen toimintaohjelman laatiminen ja se vastasi myös toimintaohjelman toteuttamisesta.

Ohjausryhmässä ja hankkeen käytännön organisoinnissa olivat mukana sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi Työterveyslaitos (TTL), Kansanterveyslaitos/Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Eläketurvakeskus (ETK), Kansaneläkelaitos (Kela), Kuntien eläkevakuutus/Keva, Työeläkevakuuttajat TELA, Suomen Kuntaliitto, Akava, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK, Toimihenkilökeskusjärjestö STTK, Elinkeinoelämän keskusliitto EK, Suomen Yrittäjät, Maa- ja metsätaloustuottajain Keskusliitto MTK ja Mielenterveyden keskusliitto. Ne sitoutuivat tahoillaan toteuttamaan toimintaohjelmaa. Hankkeelle nimettiin päätoiminen pääsihteeri (LT, psykiatrian dosentti Teija Honkonen), joka toimi ohjausryhmän sihteerinä.

Ohjausryhmä kokoontui yhteensä 19 kertaa. Ryhmä kuuli myös asiantuntijoita (liite 4). Ohjausryhmä valmisti vuosille 2008–2011 toimintaohjelman, joka hyväksyttiin syksyllä 2008. Toimintaohjelmaan koottiin yhteensä 20 osahanketta ja toimenpidettä, joiden toteuttamisesta vastasivat hankkeessa mukana olevat organisaatiot.

Ohjausryhmä totesi työtä käynnistäessään, että tutkittua tietoa masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi on jo olemassa. Nyt tarvitaan *toimintaa* tiedon viemiseksi käytäntöön. Keskeistä on löytää avainkysymykset, joiden avulla asioita saadaan liikahtamaan. Erityistä huomiota kiinnitettiin siihen, että muiden hankkeiden kanssa päällekkäistä toimintaa vältetään, mutta yhteistyötä tehdään aktiivisesti. Huomioidaan siis muut meneillään olevat hankkeet, seurataan niiden toimintaa ja annetaan niiden toimijoille tarvittaessa tietoa ja ehdotuksia.

Toimintaohjelmaan kirjattiin Masto-hankkeeseen kuuluneiden osahankkeiden lisäksi myös muiden tahojen vastuulla olevia, teemaan liittyviä hankkeita ja toimenpiteitä. Loppuraportissa näitä muita hankkeita ei kuvata tarkemmin. Hankkeita käsitellään ainoastaan siinä tapauksessa, että niissä on tehty konkreettista yhteistyötä Masto-hankkeen kanssa.

Nuorten mielenterveyden edistämisen sekä opiskelu- ja työkyvyn tukemisen tarve nostettiin vahvasti esiin Masto-hankkeen toimintaohjelmaa laadittaessa. Tuolloin kuitenkin todettiin, että tällä alueella oli jo meneillään useita merkittäviä hankkeita (mm. Toimiva lapsi & perhe -työmenetelmä, Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hanke syrjäytymisvaarassa oleville nuorille, Kelan mielenterveyskuntoutuksen kehittämishanke ja arviointitutkimus) sekä muita toimenpiteitä (oppilas- ja opiskelijahuollon kehittäminen, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kehittäminen, terveydenhuoltolain valmistelu sekä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laatiminen).

Koska päällekkäistä toimintaa haluttiin välttää, toimintaohjelmaan ei siis kirjattu Masto-hankkeen omana toimintana esimerkiksi oppilas- ja opiskelijahuoltoon tai opiskeluterveyden kehittämiseen liittyviä osahankkeita. Hankkeessa kuitenkin seurattiin näiden ja muiden nuorten mielenterveyden edistämiseen tähtäävien toimenpiteiden etenemistä aktiivisesti ja annettiin myös asiantuntijatukea tarpeen mukaan.

Jo Masto-hankkeen alkuvaiheessa käytiin keskustelua myös siitä, miten *työttömät* pitäisi ottaa huomioon hankkeen toiminnassa. Työttömien mielenterveysongelmat ja työkyvyn puutteet ovat monissa tapauksissa syynä syrjäytymiselle työmarkkinoilta. Ohjausryhmässä todettiin, että Stakes / THL:ssä oli meneillään Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke (PTT), jonka yhteydessä näitä asioita jo vietiin eteenpäin. Toisaalta myös todettiin, että monet Masto-hankkeen toimintaohjelmaan kirjatut osahankkeet (esim. masennuksen hoidon kehittäminen terveyskeskuksissa) tukevat myös työttömien ja opiskelijoiden terveyspalveluiden laadun parantamista.

Masennuksen liittyy usein myös *päihdeongelmia*. Masto-hankkeen koulutuksissa ja muissa tilaisuuksissa nostettiin esiin etenkin alkoholiongelman tunnistamiseen ja hoitoon liittyviä kysymyksiä. Ohjausryhmässä myös todettiin, että työelämässä ilmenevien päihdehaittojen ehkäisyyn on meneillään laaja Työelämän alkoholiohjelma HUUGO ja siihen liittyvät koulutukset. HUUGO:n vastuutahoina olivat Elämäntapaliitto, Työturvallisuuskeskus ja työmarkkinajärjestöt.

3.1.2 Korkean tason koordinaatioryhmä ja sen toiminta

Sosiaali- ja terveysministeri Liisa Hyssälä kutsui hankkeelle lisäksi korkean tason koordinaatioryhmän (liite 2), jonka tehtävänä oli sitouttaa mukana olevat tahot hankkeen tavoitteisiin ja toteuttamiseen. Koordinaatioryhmän puheenjohtajana toimi aluksi sosiaali- ja terveysministeri Liisa Hyssälä (2007–2010) ja myöhemmin sosiaali- ja terveysministeri Juha Rehula (2010–2011).

Koordinaatioryhmässä olivat ohjausryhmään kuuluvien tahojen lisäksi edustettuina Suomen Mielenterveysseura, Suomen evankelis-luterilainen kirkko, Kirkon työmarkkinalaitos, Kunnallinen työmarkkinalaitos, Valtion työmarkkinalaitos, Sitra, Elinkeinoelämän Valtuuskunta (EVA), työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) ja opetus- ja kulttuuriministeriö (OKM).

Korkean tason koordinaatioryhmä kokoontui yhteensä neljä kertaa. Kokouksissa seurattiin Masto-hankkeen toiminnan etenemistä ja keskusteltiin masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen liittyvistä teemoista alustusten pohjalta. Alustukset käsittelivät muun muassa työelämän muutuneita vaatimuksia, nuorten mielenterveysongelmia, osatyökykyisyyttä sekä työurien pidentämistä (liite 5). Koordinaatioryhmän jäsenet tukivat työpai-koille suunnattua MastDo-kampanjaa (kts. kohta 4.4.4.) ja nostivat myös julkisessa keskustelussa esiin monia Masto-hankkeen keskeisiä teemoja.

3.1.3 Hyvät käytännöt -ryhmä ja sen toiminta

Hankkeelle perustettiin myös *hyvät käytännöt -ryhmä* (liite 3), joka vastasi siitä, että viestejä hankkeen tavoitteista, toimintamalleista ja ennen kaikkea hyvistä käytännöistä vietiin eteenpäin alueellisesti ja kohderyhmittäin. Ryhmän puheenjohtajana toimi valtiosihteeri Terttu Savolainen (2007–2010) ja myöhemmin valtiosihteeri Eeva Kuuskoski (2010–2011).

Hyvät käytännöt -ryhmä kokoontui yhteensä 14 kertaa. Kokouksissa suunniteltiin alueellisia ja muita Masto-hankkeen järjestämiä tilaisuuksia (liite 6) ja seurattiin muun muassa hankkeen toimintaohjelmaan kirjattujen tutkimusten, selvitysten ja viestintätoimenpiteiden etenemistä.

Hyvien käytäntöjen levittämistä ja tiedon jakamista edistäviä konkreettisia keinoja olivat muun muassa viestintä, alueelliset tilaisuudet, asiantuntijoiden kutsuseminaarit ja työkokoukset, koulutus sekä kohdennetut tutkimukset ja selvitykset. Uusia tutkimuksia ja selvityksiä käynnistettiin hankkeen yhteydessä harkiten.

Asiantuntijoiden kutsuseminaarien ja työkokousten yhteydessä kartoitettiin eri alojen toimijoiden yhteistoiminnan solmukohtia. Niihin pyrittiin yhdessä löytämään soveltuvia konkreettisia ratkaisuvaihtoehtoja ja ratkaisumalleja. Lisäksi kartoitettiin toimintatapojen, korvauskäytäntöjen ja lainsäädännön muutostarpeita ja -mahdollisuuksia. Tilaisuuksien teemat liittyivät hankkeen keskeisiin tavoitteisiin ja niistä tiedotettiin hankkeen verkkosivuilla. Seminaareissa ja kokouksissa esiin nousseet keskeiset asiat esiteltiin ohjausryhmässä.

3.1.4 Sosiaali- ja terveysministeriön rooli

Hankkeella on ollut sosiaali- ja terveysministeriössä kokopäiväinen pääsihteeri ja projektikoordinaattori (6/2008 alkaen) sekä puolipäiväinen projektisihteeri (kokopäiväinen ajalla 1/2010–2/2011). Pääsihteeri toimi ohjausryhmän, korkean tason koordinaatioryhmän sekä hyvät käytännöt -ryhmien sihteerinä.

Päävastuutahona useissa osahankkeissa oli Työterveyslaitos (TTL), Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) sekä Eläketurvakeskus (ETK). Masto-hanke/STM vastasi päävastuutahona noin puolesta toimintaohjelman osa-hankkeista. Masto-hanke/STM vastasi myös hankkeen koordinoinnista ja viestinnästä ja teki asiantuntijayhteistyötä monien eri tahojen kanssa. Myös STM:n sisällä tehtiin aktiivista yhteistyötä eri osastojen asiantuntijoiden kanssa.

Hankkeen pääsihteeri vastasi kansalaiskirjeisiin, toimi asiantuntijana kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa (Mieli 2009) valmisteleavassa työryhmässä ja sen toimeenpanon ohjausryhmässä. Pääsihteeri osallistui myös asiantuntijana Sata-komitean (sosiaaliturvan kokonaisuudistus) kuntoutuksen ja työterveyshuollon kehittämistä koskeviin valmisteluryhmiin. Lisäksi hän toimi STM:n edustajana Valtiokonttorin Kaiku-työhyvinvointipalveluiden ohjausryhmässä sekä luennoitsijana ja asiantuntijana Masto-hankkeen järjestämien tilaisuuksien lisäksi useissa muiden organisaatioiden järjestämissä tilaisuuksissa (liite 7).

Yhteistyötä tehtiin myös Työhyvinvointifoorumin, hallituksen politiikkaohjelmien (terveyden edistämisen politiikkaohjelma; työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelma; lasten nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma), Ahtelan työelämäryhmien kanssa sekä Kuntoutusasian neuvottelukunnan kanssa. Myös Kaste-ohjelmaan kuuluvien alueellisten mielenterveyshankkeiden kanssa verkostoiduttiin: vuosina 2008–2010 Pohjanmaa-hanke, Vantaan Sateenvarjo-hanke ja Lapin mielenterveystyön hanke; vuodesta 2010 alkaen Välittäjä 2009 ja Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke.

Masto-hanke nosti esiin työssä jatkamista ja työhön paluuta käsitteleviä teemoja monissa täydennyskoulutustilaisuuksissa sekä erilaisissa muissa valtakunnallisissa ja alueellisissa tapahtumissa (liitteet 6–8).

Hanke järjesti koulutustilaisuuksia ja muita tapahtumia yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Koulutustoiminnan kautta välitettiin työelämää ja mielen-terveyttä käsittelevää tietoa ja hyviä käytäntöjä mm. työterveyshenkilöstölle, työterveyttä valvoville viranomaisille, työntekijöiden ja työnantajien edustajille sekä mielenterveysalan henkilöstölle. Yhteistyötä tehtiin täydennyskoulutuksen suhteen Työterveyslaitoksen, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, Suomen Työterveyslääkäriyhdistyksen, Suomen Työterveyshoitajaliiton, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Henry ry:n sekä Mielenterveyden keskusliiton kanssa. Myös Kuntoutussäätiön, HUS Psykiatrian sekä opiskelijajärjestöjen ja eri koulutusorganisaatioiden kanssa verkostoiduttiin.

Viestinnällä tuettiin hankkeen toimeenpanoa. Hankkeelle tehtiin erillinen viestintäsuunnitelma. Päävastuu viestinnän suunnittelusta ja toteutuksesta oli projektikoordinaattorilla.

3.2 VIESTINTÄ

Masto-hankkeen viestinnän tavoitteena oli levittää tietoa

- työhyvinvointia ja mielenterveyttä edistävästä hyvistä käytännöistä
- masennusta ehkäisevistä toimenpiteistä
- masennukseen vaikuttavista hoitomuodoista ja toimivista sairauspoissaolokäytännöistä
- työssä jatkamista ja työhön paluuta tukevista keinoista työpaikoilla ja kuntoutuksessa.

Tiedon lisäämisen ja ennakokuulojen vähentämisen kautta haluttiin vaikuttaa myös asenteisiin työpaikoilla ja mediassa sekä yleiseen mielipiteeseen.

Viestinnän kohderyhmiä olivat

- terveydenhuollon ja kuntoutuksen ammattilaiset
- työnantajat, palkansaajat ja yrittäjät
- henkilöstöhallinto, esimiehet, työntekijät sekä työsuojelu- ja työterveyshenkilöstö.

Viestinnässä hankkeesta käytettiin nimeä Masto-hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi tai Masto-hanke.

Masto-hankkeella oli oma tunnus ja ilme. Niiden tarkoituksena oli korostaa eri osapuolten yhteistyötä hankkeen toteuttamisessa. Mukana olevat organisaatiot veivät hanketta eteenpäin tiedottamalla hankkeen toimenpiteistä omissa viestimissään ja tilaisuuksissaan. Hankkeen viestintäverkko koottiin ohjausryhmässä ja korkean tason koordinaatioryhmässä edustettuina olevista organisaatioista. Sen puheenjohtajana toimi STM:n viestintäjohtaja Eeva Larjomaa ja sihteerinä Masto-hankkeen projektikoordinaattori Kirsi Hakala sekä STM:n tiedottajat (Jessica Gustafsson/Anna Påfs). Viestintäverkko kokoontui 6 kertaa. Viestintää toteutettiin myös muiden sidosryhmien ja yhteistyökumppaneiden kanssa.

Verkkoviestintä

Masto-hankkeen verkkosivut olivat keskeisin yleistiedotuksen väline. Hankkeen sivut www.tartumasennukseen.fi olivat alkuvaiheessa osa STM:n verkkopalvelua. Heinäkuussa 2009 avattiin omat verkkosivut, jotka löytyivät myös osoitteesta www.masto-hanke.fi.

Verkkosivut oli erityisesti suunnattu yhteistyökumppaneille, muille sidosryhmille ja medialle, mutta sinne koottiin myös laajempaa yleisöä palvelevia linkkilistoja. Syksyllä 2010 avattu kampanjasivusto www.MastDo.fi suunnattiin työelämän toimijoille ja suurelle yleisölle (kts. kohta 4.4.4).

Verkkosivuille koottiin perustiedot hankkeen taustoista, tavoitteista ja toiminnasta. Toimintaohjelman toteutumista seurattiin uutisten ja laajempien artikkelien (juttupankki) avulla. Sivuille dokumentoitiin myös Masto-hankkeen järjestämät tapahtumat. Kävijätilastojen perusteella sivuston eri osiot kiinnostivat hyvin tasapuolisesti.

Mediaviestintä

Mediaviestinnän tavoitteena oli palvella valtakunnallisia, alueellisia ja erityismedioita. Tiedotus- ja taustatilaisuuksia järjestettiin harkitusti. Valtakunnallisia medialle suunnattuja tilaisuuksia järjestettiin neljä. Alueellisia tiedotustilaisuuksia järjestettiin Masto-kiertueen aikana (kts. luku 4.1.2). Tiedotteiden lisäksi Masto-hankkeen etenemisestä kerrottiin verkkouutis-

ten avulla. Mediaviestinnässä keskeistä olivat haastattelut, asiantuntijoiden hankkiminen ja taustatiedon muokkaaminen toimittajien käyttöön.

Masto-hanketta käsiteltiin mediassa myönteisesti tai neutraaliin sävyyn. Media oli aktiivisesti kiinnostunut hankkeesta koko toiminta-ajan. Laajinta näkyvyyttä hanke sai kuitenkin omien tapahtumien ja tutkimusten julkistusten yhteydessä. Yhteenvedo medianäkyvyydestä on liitteenä (liite 9).

Muu viestintä

Hankkeen keskeisestä sisällöstä tuotettiin vähintään kerran vuodessa päivitetty kalvosarja, hanke-esite ja muuta materiaalia. Varsinaiset julkaisut ilmestyivät STM:n julkaisusarjoissa.

Masto-viestinnän ja sidosryhmätyön suunnittelun ja suuntaamisen tukena käytettiin olemassa olevia tiedontaso- ja asennetutkimuksia. Lisäksi toteutettiin oma sidosryhmäkeskustelu keväällä 2009. Verkkokeskustelu käsitteli toimintaohjelman pääkohtia ja toteuttamista sekä eri toimijoiden yhteistyöstä (kts. kohta 4.1.2).

Verkkohaastattelun tuloksia käytettiin myös vuoden 2010 työssä jatkamista ja työhön paluuta tukevan kampanjan suunnittelussa. Kampanjan tunnuksiksi valittiin MastDo – Tietoa, työkaluja, työkykyä! Kampanjan avulla työpaikkoja heräteltiin vahvistamaan työkyvyn varhaisen tuen ja työhön paluun käytäntöjä. Kampanjaa käsitellään laajemmin luvussa 4.4.4.

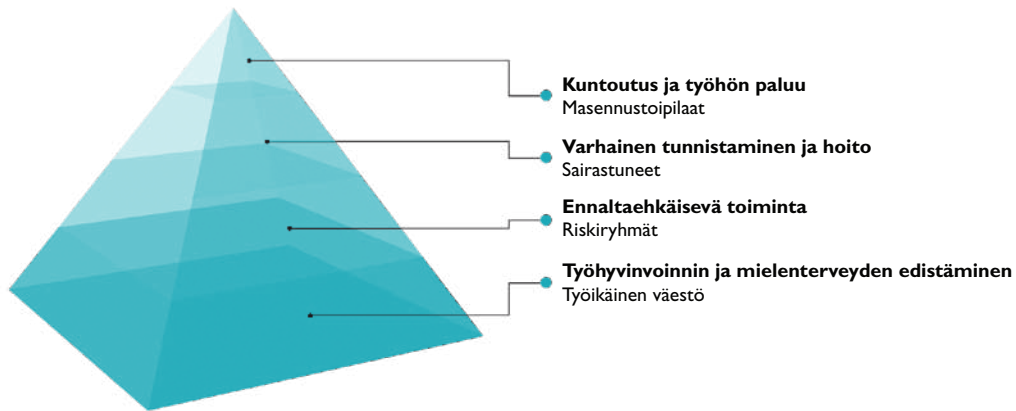
3.3 RESURSSOINTI

Masto-hanke oli yhteistyöhanke. Toimintaohjelmaan kirjattujen osahankkeiden toteuttamisesta ja rahoituksesta vastasivat hankkeessa mukana olevat organisaatiot. Hankkeeseen liittyvistä tulostavoitteista sovittiin sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan asiantuntijaorganisaatioiden kanssa vuosittain tulosneuvotteluissa.

Masto-hankkeen tapahtumiin, viestintään ja koordinointiin osoitettiin vuosittain määräraha STM:n toimintamenoista. Näistä menoista rahoitettiin myös STM:n vastuulla olleet osahankkeet (esim. työelämän toimijoille suunnattu valtakunnallinen kiertue, tutkimukset ja selvitykset sekä työpaikoille suunnattu MastDo-kampanja). Toimintamenot vaihtelivat tästä johtuen eri vuosina: vuoden 2008 menot olivat noin 95 000 euroa, vuoden 2009 menot noin 150 000 euroa, vuoden 2010 menot noin 350 000 euroa ja vuoden 2011 menot noin 80 000 euroa (yhteensä noin 675 000 euroa).

4 OSAHANKKEIDEN JA TOIMENPITEIDEN ETENEMINEN

Masto-hankkeen toimintaohjelmassa oli neljä osa-aluetta, joilla kaikilla tiedetään tutkimusten perusteella olevan merkitystä masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämisessä (kuvio 4).



Kuvio 4. Keinoja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseksi kohderyhmittäin

Tässä luvussa ei raportoida toimintaohjelmaan kirjattuja yksittäisiä osahankkeita ja toimenpiteitä kronologisessa järjestyksessä em. neljän osa-alueen mukaan. Osahankkeet on sen sijaan koottu hankkeen keskeistä toimintaa parhaiten kuvaavien laajempien teemojen alle.

4.1 HYVIÄ KÄYTÄNTÖJÄ TYÖPAIKOILLE

Työpaikoilla voidaan tukea työhyvinvointia ja työkykyä monin tavoin. Kun työt sujuvat, myös tuottavuus lisääntyy. Hyvä työ tukee mielenterveyttä.

Työelämän psykososiaalisten tekijöiden merkitys työntekijöiden hyvinvoinnille ja terveydelle on korostunut aiempiin vuosikymmeniin verrattuna. Nykytiedon valossa on olemassa vahva näyttö psykososiaalisten tekijöiden, kuten työn vaatimusten ja hallinnan, johtamisen oikeudenmukaisuuden ja epävarmuustekijöiden vaikutuksista mielenterveyteen ja työssä jaksamiseen.

Työntekijän psyykkistä vointia tukee työ, jonka vaatimukset ovat osaamiseen ja muihin voimavaratekijöihin nähden kohtuulliset ja johon työntekijä pääsee itse vaikuttamaan. Työn sisällöllisten tekijöiden lisäksi työpaikan toimivat ihmissuhteet, oikeudenmukainen kohtelu, hyvä ilmapiiri sekä lähiesimiehiltä ja työtovereilta saatu tuki edistävät hyvinvointia.

4.1.1 Työhyvinvointia ja mielenterveyttä tukevia toimintatapoja kentälle

Sosiaali- ja terveysministeriön Työhyvinvointifoorumin (THF) tavoitteena on ollut sovittaa yhteen työhyvinvointia edistävien organisaatioiden toimintatapoja ja levittää hyviä käytäntöjä. Masto-hankkeessa Työhyvinvointifoorumi ja työmarkkinajärjestöt vastasivat toimintaohjelmaan kirjatusta osahankkeesta, jonka tavoitteena oli mielenterveyttä ja työssä jatkamista tukevien käytäntöjen vahvistaminen (*osahanke 1.1.2*).

Työhyvinvointifoorumin toimintaa

Työhyvinvointifoorumin ”Kuormittavuuden hallinta” -teema edisti mielen-terveyttä tukemalla työntekijöiden ja esimiesten osaamista kuormittavuuden hallinnassa. Teemassa julkaistiin vuoden 2010 loppuun mennessä kolme esitettä. Esitteissä korostetaan työntekijöiden ja esimiesten kykyä kehittää työn hallintaa erityisesti osaamista, kuormittavuuden hallintaa ja työhön perehdyttämistä ja opastusta korostamalla. Lisäksi teeman asiantuntijat julkaisivat vuonna 2010 STM:n selvityksiä sarjassa julkaisun ”Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta”. Julkaisu osoittaa mielenterveyden tärkeän merkityksen osana työn kuormittavuuden hallintaa.

Teemassa järjestettiin myös useita Masto-hankkeen tavoitteita tukeneita seminaareja. Näitä olivat ”Kuormittavuuden haaste – voimavaroja ja terveyttä yhteistoiminnalla”, ”Kannatko eettistä kuormaa” -työhyvinvointiseminaari sosiaali- ja terveysalalle, ”Tasa-arvo ja monimuotoisuus työssä” -workshop ja ”Työelämä kaikille – osallisuus, esteettömyys, saavutettavuus, näkyvät esteet näkyviksi”. Masto-hanke oli erityisen näkyvästi esillä ORTON Invalidisäätien ja Työhyvinvointifoorumin järjestämässä ”Kuormittavuuden hallinta työssä” -seminaarissa, jossa käsiteltiin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin että mielenterveyden häiriöihin liittyvää työkyvyttömyyden ehkäisyä. Seminaareissa oli noin 500 osallistujaa.

Työhyvinvointifoorumin ”Kuormittavuuden hallinta” -teeman asiantuntijat välittivät Masto-hankkeen viestejä myös lukuisissa eri organisaatioille järjestetyissä tilaisuuksissa, joissa teeman asiantuntijat olivat luennoimassa tai muutoin osallisina. Näissä tilaisuuksissa pyrittiin työssä jatkamista tukevien konkreettisten käytäntöjen vahvistamiseen. Teemassa tuettiin mielenterveyteen liittyvien asioiden käsittelyä myös sosiaalisen median kokeilujen avulla.

Työhyvinvointifoorumi järjesti myös vuoden 2009 puolella käynnistyneen ”Työhyvinvoinnilla tulevaisuuteen” -seminaarisarjan kymmenellä eri paikakunnalla ympäri Suomea. Tilaisuuksiin osallistui runsaat 2500 henkilöä. Seminaarien osanottajat olivat työpaikkojen ylintä johtoa, henkilöstöhallinnosta vastaavia sekä työsuojelun ja/tai työterveyshuollon asiantuntijoita. Näissä seminaareissa keskityttiin korostamaan työhyvinvointityön merkitystä erilaisissa muutostilanteissa. Erityisesti haluttiin nostaa esiin työhyvinvoinnin ja tuottavuuden yhteys. Seminaareissa esiteltiin paikallisia esimerkkejä varhaisen puuttumisen malleista erilaisiin hyviin työhyvinvointikäytäntöihin.

Osanottajien seminaareista antama palaute oli kiitettävää. Seminaarit saivat myös runsaasti näkyvyyttä paikallisissa tiedotusvälineissä, niin sähköisissä kuin sanomalehdissäkin. Seminaarien sisällön toteuttamisesta ja käytännön järjestelyistä vastasi Työterveyslaitos.

4.1.2 Varhaisen tuen ja työhön paluun pelisäännöt työpaikoille

Työssä selviytymisen ongelmiin on mahdollista tarttua ajoissa. Tämä onnistuu parhaiten, kun pelisäännöistä on sovittu yhdessä etukäteen. Työpaikkatasolla työhyvinvointia ja työssä jatkamista edistävien hyvien käytäntöjen leviäminen edellyttää yhteistoiminnassa sovittujen toimintamallien käyttöönottoa. Yhteisesti sovitut toimintamallit varhaisesta tuesta aina työhön paluuseen saakka luovat edellytykset myös masennuksen ehkäisylle ja toisaalta masennukseen sairastuneen kuntoutumiselle takaisin työelämään.

Masto-hankkeessa pidettiin monin tavoin esillä työkyvyn varhaisen tuen ja työhön paluun hyviä käytäntöjä. Varhaisen tuen ja työhön paluun -teemat olivat esillä muun muassa Masto-kiertueella ”Tartutaan masennukseen – keinoja työkyvyttömyyden torjuntaan”, monissa täydennyskoulutustilaisuuksissa, samoin MastDo -kampanjassa. Samat teemat sisältyvät myös esimiesvalmennuksiin sekä työsuojelu- ja työterveyshenkilöstön koulutuksiin laadittuihin koulutusmateriaaleihin.

Masto-kiertue: ”Tartutaan masennukseen – keinoja työkyvyttömyyden torjuntaan”

Masto-hankkeen toimintaohjelma julkistettiin lokakuussa 2008 pidetyssä seminaarissa Helsingissä. Seminaarin jälkeen käynnistyi 13 paikkakunnalle suuntautunut Masto-kiertue, joka toteutettiin talvella 2008–2009 yhteistyössä silloisten työsuojelupiirien kanssa (liite 6). Kiertueen sisällön suunnittelusta, tiedotuksesta ja käytännön toteutuksesta vastasi STM/Masto-hanke (*osahanke 1.1.3*).

Asiantuntijapuheenvuoroissa valotettiin masennuksen ja siitä johtuvan työkyvyttömyyden taustoja ja korostettiin oikea-aikaisen hoidon ja kuntoutuksen merkitystä masentuneen työkyvyn tukemisessa. Kiertueella kuultiin myös työterveys- ja vakuutuslääkäreiden näkemyksiä työssä jatkamista tukevista hyvistä käytännöistä. Asiantuntijapuheenvuorojen lisäksi työpaikan pelisääntöjä työkyvyn tukemiseksi avattiin paikallisilla työpaikkaesimerkeillä.

Tilaisuuksiin osallistui runsaat 2100 henkilöstöhallinnon, työsuojelun ja työterveyshuollon edustajaa. Runsaan palautteen perusteella työelämän toimijat yhteen koonneista tilaisuuksista sai ”selkeää ja hyvin esitettyä tietoa, jota voi viedä työpaikalle”. Alustajien monipuolisuutta ja ammattitaitoa pidettiin yhtenä tilaisuuksien parhaana puolena. Käytännönläheisiä esimerkkejä pidettiin hyvinä ja niitä toivottiin lisää. Kaiken kaikkiaan kiertueen ohjelma ja alustajat onnistuivat täyttämään heterogeenisen osallistujajoukon tarpeita. Palautteissa toivottiin esimiehille lisää koulutusta aiheesta.

Kiertueen yhteydessä järjestetyt tiedotustilaisuudet kiinnostivat myös alueellista mediaa (liite 9). ”Tartutaan masennukseen – keinoja työkyvyttömyyden torjuntaan” -tilaisuuksien esitykset julkaistiin aineistopankissa Mastohankkeen verkkosivuilla (hankkeen päätyttyä esitykset löytyvät osoitteesta www.stm.fi/seminaarit/Mastohanke).

Verkkokeskustelu työelämän toimijoille/sidosryhmille keväällä 2009

Keväällä 2009 järjestettiin verkkokeskustelu ”Masennusperäisen työkyvyttömyyden ehkäisy ja työhyvinvointi” -teemasta. Keskusteluun kutsuttiin Mastohankkeen toimielimiin nimetyt henkilöt ja muita sidosryhmien edustajia. Verkkohaastatteluun lähetettiin kutsu myös Masto-kiertueelle osallistuneille. Yhteistyökumppanina verkkohaastattelun toteutuksessa oli Fountain Park Oy.

Verkkokeskustelun tavoitteena oli

- esitellä ja keskusteluttaa Masto-hankkeen toimintaohjelman pääkohdat
- edistää toimintaohjelman toteuttamista
- edistää eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja hyvien käytäntöjen leviämistä valtakunnallisesti.

Verkkopohdintaan kutsuttiin 2470 henkilöä, joista 417 osallistui. Mastohankkeen tavoitteet koettiin hyväksi, mutta haastavaksi kokonaisuudeksi. Tärkeimmiksi teemoiksi verkkokeskustelu nosti hyvät käytännöt työpaikoilla, varhaisen tuen toimintamallit, ennaltaehkäisyyn masennuksen riskiryhmille sekä työhön paluun toimintamallit.

Osahankkeista lähimpänä vastaajien tehtäviä ja kiinnostusta oli selvästi työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen (42%) ja etäisin masennusta ehkäisevä toiminta (16%).

- Työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämisessä vastaajat korostivat esimiesten ja työterveyden roolia sekä näiden yhteistyötä.
- Masennusta ehkäisevässä toiminnassa vastaajat puhuivat eniten tunnistamisen ongelmasta, ylidiagnosoinnin vaarasta ja työhyvinvointiin panostamisesta.
- Masennuksen varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa työterveyden rooli oli vastaajien mielestä merkittävin. Tärkeäksi koettiin myös yhteistyö eri tahojen kanssa.
- Masennuksesta toipuville pitäisi vastaajien mielestä räätälöidä henkilökohtainen kuntoutus- ja työhönpaluuohjelma sekä kouluttaa työyhteisöä kohtaamaan masentunut työntekijä.

Yhteenvetoa Masto-hankkeen toimintaohjelman verkkokeskustelun tuloksista (Fountain Park Oy:n raportti 2009):

Mahdollisuudet

- Masto-hankkeen tavoitteet saavat hyväksynnän
- aihe on mediassa esillä
- työhyvinvointiin panostaminen on positiivista

Haasteet

- trendikäsite, oikea tieto vähäistä
- asenteet muuttuvat hitaasti
- kuntoutus ja työhön paluu vielä uutta
- pienet yritykset
- pätkätyöläisten ja työttömien tavoittaminen
- taloudellinen tilanne

4.1.3 Valmennusta esimiehille ja työsuojeluhenkilöstölle

Työhyvinvoinnin perusta on koko henkilöstön hyvä vuorovaikutus, jossa esimiestyöllä on keskeinen asema. Toistuvasti esiin nousee kysymys esimiesten ja työsuojelun tiedon tarpeesta. Tiedetäänkö työpaikoilla tarpeeksi työhyvinvoinnin ja tuottavuuden yhteyksistä, tiedetäänkö työpaikan keinoista ehkäistä masennusta tai tukea masennukseen jo sairastuneen työkykyä?

Suhtautumista masennuksesta tai muusta mielenterveyden häiriöstä kärsivään voi työyhteisössä värittää epävarmuus ja avuttomuus. Esimies voi vaikuttaa koko työyhteisön asenteisiin niin, että kynnyks tarrtua vaikeisiin asioihin madaltuu. Tähän esimiehet tarvitsevat koulutusta ja valmennusta.

Koulutusmateriaalia esimiesvalmennuksiin ja työsuojeluhenkilöstön koulutuksiin

Osana Masto-hanketta Työterveyslaitos tuotti STM:n tuella esimiesvalmennuksiin ja työsuojeluhenkilöstön koulutuksiin materiaalia, johon sisällytettiin käytännöllistä tietoa mielenterveyttä ja työkykyä tukevista toimintatavoista (*osahanke 1.2.1*).

Materiaaliin kuuluu Työterveyslaitoksen verkkosivuilta vapaasti saatavilla oleva kalvosarja (www.ttl.fi/tuetyokyky) ja Työterveyslaitoksen julkaisutoimiston kustantama ”Tue työkykyä – käsikirja esimiestyöhön”. Käsikirjan materiaali perustuu tutkittuun tietoon ja sen pohjalta koottuihin suosituksiin.

Työterveyslaitos järjesti koulutusmateriaalin suunnitteluvaiheessa kaksi työpajaa, joihin kutsuttiin jo Ikä-ohjelmassa koolla olleen koulutuskonsortion edustajia. Tavoitteena oli, että Masto-hankkeessa esiin nousseet teemat saataisiin osaksi koulutusorganisaatioiden pysyviä koulutusohjelmia.

Mukaan työpajoihin kutsuttiin seuraavien esimieskoulutusta tarjoavien organisaatioiden edustajia: HAUS Kehittämiskeskus Oy, Keva, AIKE Oy

Aikuiskoulutuksen kehittämissyksikkö, Laurea-ammattikorkeakoulu, Metropolia-ammattikorkeakoulu, Palmenia, Työturvallisuuskeskus, Johtamistaidon opisto JTO, Aktiivi-Instituutti, FCG (Finnish Consulting Group), Kiljavanranta Oy, Pohto.

Käsikirjaa laadittaessa hyödynnettiin yhteistyötä myös muiden alan asiantuntijoiden, kokeneiden kouluttajien ja koulutuksiin osallistuneiden henkilöiden kanssa.

Keväällä 2011 julkaistu Tue työkykyä - käsikirja sisältää seuraavat moduulit:

- Mitä masennus oikein on?
- Työkyvyn ongelmiin on tartuttava ripeästi (varhainen tuki)
- Miten työkyvyn edellytyksiä edistetään käytännössä?
- Työhönpaluu onnistuu parhaiten tuettuna (paluun tuki)
- Työkyvyn edellytyksistä huolehtiminen on osa hyvää johtamista.

Käsikirjan tavoitteena on antaa esimiehille tietoa mielenterveydestä ja käytännöllisiä toimintaohjeita siihen, mitä voi ja pitää työpaikalla tehdä huolehtiakseen hyvinvoinnin edellytyksistä työssä.

Esimies voi saada tietoa työhyvinvoinnista useista eri lähteistä (Ahola 2011):

- työntekijöiltä suoraan tai työsuorituksen kautta
- asiakaspalautteesta (tyytyväisyys, valitukset)
- kehityskeskusteluista (työn sujuminen, ehdotukset ja hyvinvointi)
- henkilöstöhallinnolta (ilmapiirikartoitukset, erilaiset tilastot)
- työsuojeluorganisaatiolta (arvioitua riskit, esille tuodut työsuojeluasiat)
- työterveyshuollosta (työpaikkaselvitykset, terveystarkastusten yhteenvedot).

Käsikirja sisältää myös tehtäviä ja harjoituksia, joiden avulla lukija voi tarkastella omia asenteitaan ja toimintatapojaan: Miten on ajatellut ja toiminnut? Pohdinnat ja tarkastelut auttavat soveltamaan kertynyttä tietoa ja suunntaamaan toimintaa uusiin haasteisiin. Materiaali on suunnattu ensisijaisesti lähiesimiehille heidän oman toimintatapansa tarkasteluun ja työstämiseen. Työkyvyn edistäminen ei kuitenkaan koskaan saa jäädä vain yksittäisen esimiehen valvutuneisuuden varaan.

Käsikirja palvelee myös organisaatioiden ylintä johtoa, jotta he voisivat yhä laaja-alaisemmin kehittää toimintakulttuuria ja johtaa työhyvinvointia organisaatioissaan. Materiaali on suunnattu myös työterveyshuollolle, työsuojelulle ja henkilöstöhallinnolle sekä näitä kouluttaville tahoille.

4.1.4 Ryhmistä uskoa omaan työkykyyn

Työpaikan tarjoamilla ohjatuilla ryhmäkeskusteluilla voidaan tukea työuran jatkamista. Niistä on hyötyä erityisesti silloin, jos ihminen on kärsinyt masennusoireista.

Nopeasti muuttuva työelämä asettaa haasteita työuran hallinnalle ja mielenterveydelle. Työhön liittyvää rasittuneisuutta ja uupumusta on tutkittu paljon. Työpaikkoja voidaankin pitää yhtenä keskeisenä areenana henkisiä voimavaroja ja proaktiivisuutta edistävälle sekä mielenterveyden häiriöitä ehkäisevälle toiminnalle.

Ihmisen kokemaa pystyvyyttä asioiden tekemiseen voidaan tukea ja vahvistaa. Jotta kohentunut pystyvyyden tunne ei lopahtaisi ensimmäisiin vastoinkäymisiin, niihin varautumista pitää harjoitella. Tehokkain tapa oppia on aktiivinen oppiminen, jossa oppeja sovelletaan heti omaan tilanteeseen. Vertaisryhmässä saadaan toisilta osallistujilta tällaista helposti sovellettavaa tietoa.

Työuran uurtaja -ryhmämenetelmä

Työterveyslaitoksessa on kehitetty Työuran uurtaja -ryhmämenetelmä (Tuura), jonka tavoitteena on vahvistaa työuran hallintaa sekä mielenterveyttä muuttuvassa työelämässä. Työuran uurtaja -ryhmämenetelmän levittäminen oli osa Masto-hankkeen toimintaohjelmaa (*osahanke 2.1.3*). Ryhmämenetelmää ja sen käyttämistä on esitelty muun muassa Masto-kiertueella sekä hankkeen verkkosivuilla ja julkaisuissa.

Työuran uurtaja -menetelmä on 16 tunnin intensiivinen ryhmä, jolla vahvistetaan työuran hallintaa, selviytymisen voimavaroja ja mielenterveyttä. Menetelmään liittyvät ohjaajan opas ja osallistujan työkirja julkaistiin vuonna 2008 (Vuori ym. 2008a ja 2008b). Työterveyslaitos vastaa niin menetelmäjulkaisujen levityksestä kuin ohjaajien koulutuksestaakin.

Työuran uurtaja on vahvistanut osallistuneiden valmistautuneisuutta työuran hallintaan. Vuonna 2009 valmistuneen tutkimuksen mukaan myös työhön liittyvät tavoitteet lisääntyivät ryhmään osallistumisen jälkeen: ihmiset kiinnostuivat oman ajanhallinnan kehittamisestä ja työtehtävien vaihdosta, ja osa näki yrittäjyyden mahdollisuutena. Seitsemän kuukauden seurannan tulokset osoittivat, että ryhmäläisten masennusoireet vähenivät ja työn imu kasvoi. Tämä oli merkittävää erityisesti niille, joilla tutkimuksen alkukyselyssä oli todettu masennusriski. Myönteiset mielenterveysvaikutukset näkyivät erityisesti alle 50-vuotiailla; puolentoista vuoden pitkäaikaiseurannassa ne olivat yhä merkitseviä riskiryhmissä.

Tuura -ohjaajia on vuoden 2010 loppuun mennessä koulutettu Työterveyslaitoksessa kaikkiaan 129. Heistä 68 on koulutettu työhallintoon, etupäässä TE-keskuksiin maanlaajuisesti. Yksityisellä puolella on pilotoitu menestyksekkäästi myös nuorten Tuura-ryhmiä.

4.1.5 Tietoa masennusperusteisesta työkyvyttömyydestä eri ammateissa

Työssä jatkamisen tukemiseksi tarvitaan tietoa työkyvyttömyydestä eri ammateissa. Osana Masto-hanketta toteutettiin Kuntoutussäätiön ja Eläketurvakeskuksen ”Ammattiryhmittäinen työkyvyttömyys Suomessa 1997–2006” -tutkimus (*osahanke 2.1.4*).

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa ammattiryhmittäisestä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä ja avata keskustelua havaittujen ammattiryhmittäisten erojen taustalla olevista tekijöistä ja mahdollisista jatkotoimista. Ammattiryhmittäisten erojen ymmärtäminen voi auttaa työkyvyttömyyden ongelmien paikantamisessa ja työkyvyttömyyden ehkäisykeinojen löytämisessä.

Tutkimuksen aineistona oli Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston pitkäjäsenaineistosta poimittu 10 prosentin väestöotos perusvuodelta 2000. Poiminnan perusteella muodostettiin paneeliaineisto vuosilta 1988–2006. Aineistoon oli Tilastokeskuksessa yhdistetty Eläketurvakeskuksen eläkerekisteritietoja vuosilta 1997–2006. Rekisteriaineistoon sisältyi 272 000 iältään 30–64 -vuotiasta henkilöä.

Aineistossa oli 465 ammattinimikettä, joista muodostettiin 80 ammattiryhmää. Lisäksi käytettiin jakoa kahteen ryhmään, asiantuntija- ja työntekijäammatteihin. Asiantuntija-ammatteihin kuuluivat johtajat, ylemmät virkamiehet, erityisasiantuntijat ja asiantuntijat. Muut ammatit luettiin työntekijäammatteihin.

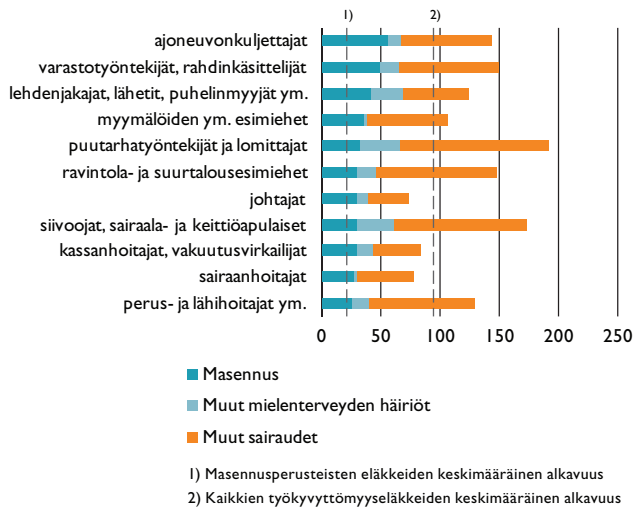
Ammatit ja masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet -osaraaportti

Tutkimuksen osaraaportti (Pensola & Gould: Ammatit ja masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet. ETK:n keskustelualoitteita 2009:7) julkaistiin ETK:n verkkosivuilla syksyllä 2009. Julkistamistilaisuuden yhteydessä Masto-hanke järjesti toimittajille suunnatun asiantuntijaseminaarin.

Osaraaportissa tarkasteltiin masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuutta eri ammattiryhmissä vuosina 1997–2006. Masennukseen perustuvia eläkkeitä alkoi naisilla keskimäärin 22 ja miehillä 16 kymmentätuhatta henkilövuotta kohden.

Keskeisiä tuloksia

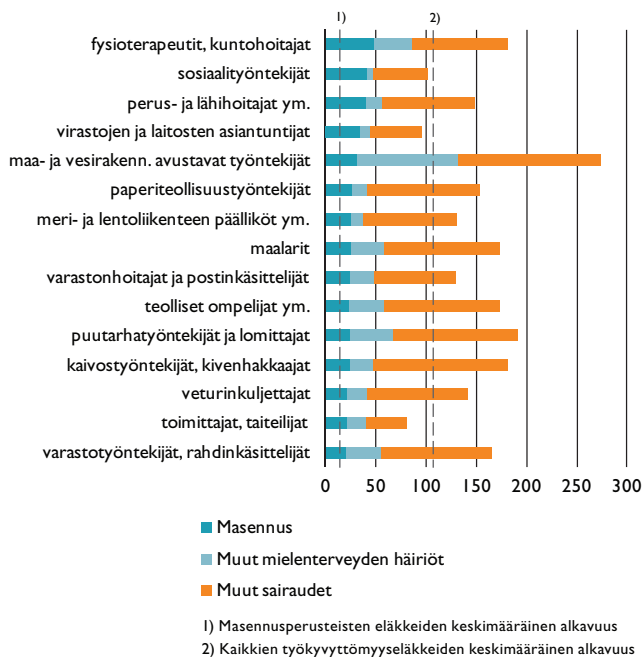
Naisten ammattiryhmistä masennusperusteisia eläkkeitä alkoi eniten ajoneuvonkuljettajilla, varastotyöntekijöillä, lehdenjakajilla ja puhelinmyyjillä, puutarhatyöntekijöillä ja lomittajilla, esimiehillä ja johtajilla, siivoojilla, kasvanhoitajilla, sairaanhoitajilla sekä perus- ja lähihoitajilla (kuvio 5).



Kuvio 5. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus ammattiryhmissä, joissa masennukseen perustuvia eläkkeitä alkoi paljon, naiset

Lähde: Pensola ja Gould 2009

Vastaavasti miesten suurimman alkavuuden ammatteja olivat muun muassa fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät, perus- ja lähihoitajat, virastojen ja laitosten asiantuntijat, maa- ja vesirakennusalan avustavat työntekijät, paperiteollisuustyöntekijät, meri- ja lentoliikenteen päälliköt, maalarit, varastonhoitajat, puutarhityöntekijät ja lomittajat, veturinkuljettajat, toimittajat ja varastotyöntekijät (kuvio 6).



Kuvio 6. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus ammattiryhmissä, joissa masennukseen perustuvia eläkkeitä alkoi paljon, miehet

Lähde: Pensola ja Gould 2009

Naisten viidestä henkilömäärältään suurimmasta ammatista neljässä alkoi keskimääräistä enemmän masennusperusteisia eläkkeitä. Monissa naisvaltaisissa ihmissuhdeammateissa alkavuus oli molemmilla sukupuolilla keskimääräistä suurempi.

Asiantuntija-ammateissa masennus oli suhteellisesti merkittävämpi eläkkeen peruste kuin muut sairaudet. Työntekijäammateissa myös muut sairaudet olivat usein työkyvyttömyyden syynä ja työkyvyttömyyseläkkeitä alkoi kaikkiaan paljon.

Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet – masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet

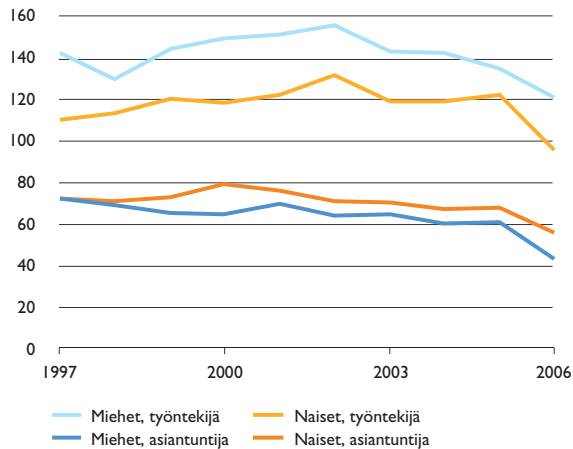
Tutkimuksen loppuraportissa selviteltiin masennustilan lisäksi myös muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvia eläkkeitä. Loppuraportti (Pensola, Gould & Polvinen: *Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet: Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet*. STM:n selvityksiä 2010:16) julkaistiin kesällä 2010. Masennustilojen yhteydessä tarkasteltiin myös työttömyyden ja siviilisäädyn yhteyttä työkyvyttömyyseläkealkavuuden ammattiryhmittäisiin eroihin.

Masto-hanke järjesti tutkimuksen teemaan liittyen kesäkuussa 2010 asiantuntijaseminaarin, jossa keskusteltiin alustusten ja kommenttipuheenvuorojen pohjalta tutkimuksen tuloksista ja työkykyä tukevista toimenpiteistä. Tutkimuksen tuloksia pohdittiin myös työeläkejärjestelmän ja työterveyshuollon asiantuntijoiden kanssa järjestetyissä työkokouksissa.

Keskeisiä tuloksia

Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus oli koko seurantajakson ajan suurempi työntekijäammateissa kuin asiantuntija-ammateissa (kuvio 7). Jos työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus vähenisi asiantuntija-ammattien tasolle, työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus pienenesi 38 prosenttia.

eläkkeitä / 10 000 henkilövuotta



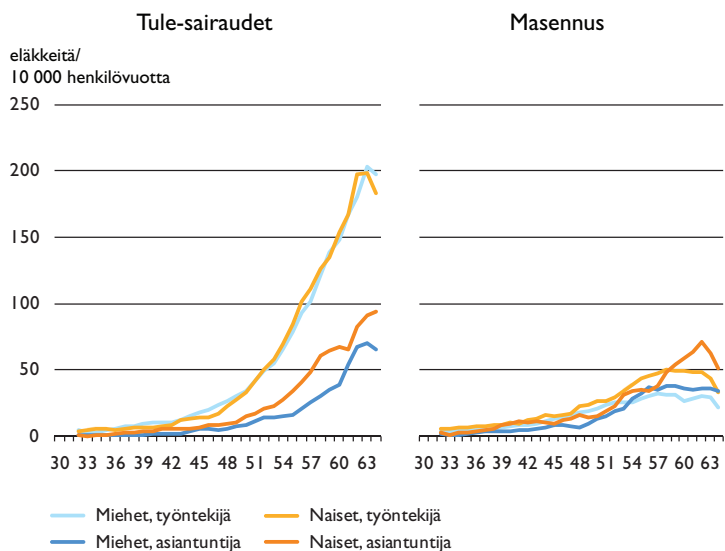
Kuvio 7. Työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakiointu alkuvuus työntekijä- ja asiantuntija-ammateissa 1997–2006, 30–64-vuotiaat naiset ja miehet

Lähde: Pensola, Gould ja Polvinen 2010

Suurimman työkyvyttömyyseläkealkavuuden ammatit olivat sekä naisilla että miehillä maa- ja vesirakennusalan avustavat työntekijät sekä puutarha-työntekijät ja lomittajat. Miesten ammattiryhmissä erittäin suuri eläkealkavuus oli myös rakennusviimeistely- ja aputyöntekijöillä ja naisilla siivoojilla sekä sairaala- ja keittiöapulaissa.

Mielenterveyden häiriöihin perustuvia eläkkeitä alkoi eniten 58–64-vuotiaille asiantuntija-ammateissa toimiville naisille. Heillä masennukseen perustuvat eläkkeet kattoivat yli 70 prosenttia koko mielenterveyden häiriöiden sairausryhmän eläkkeistä. Nuoremmissa ikäryhmässä, 30–49-vuotiailla, ammattiryhmien keskimääräistä suurempi mielenterveyssyihin perustuva eläkealkavuus liittyi erityisesti skitsofreniaan ja muihin psykooseihin ja miehillä lisäksi päihteiden aiheuttamiin häiriöihin.

Työntekijä- ja asiantuntija-ammattien eläkealkavuuserot korostuivat tule-sairauksissa. Tähän sairausryhmään perustuvia eläkkeitä alkoi työntekijäammateissa lähes kolme kertaa enemmän kuin asiantuntija-ammateissa. Mielenterveyden häiriöihin ja etenkin masennukseen perustuvissa eläkkeissä työntekijä- ja asiantuntija-ammattien väliset erot olivat pienempiä kuin tule-sairauksiin perustuvissa eläkkeissä ja 55 ikävuoden jälkeen erot olivat päinvastaisia: asiantuntija-ammateissa eläkealkavuus oli suurempi kuin työntekijäammateissa (kuvio 8).



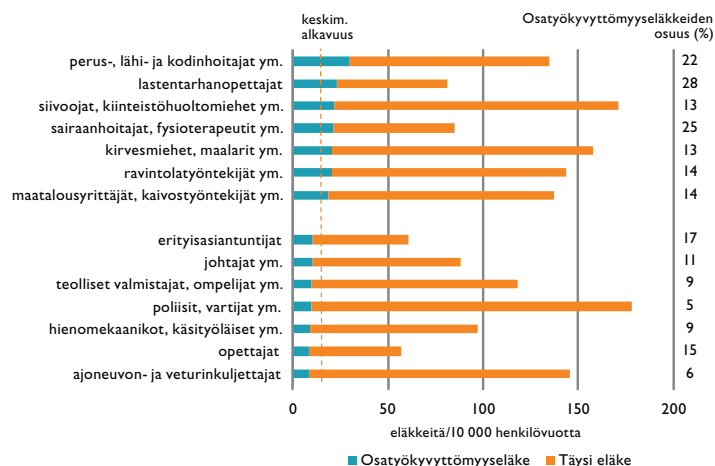
Kuvio 8. Tule-sairauksiin tai masennukseen perustuvien eläkkeiden alkuvuosi työntekijä- ja asiantuntija-ammateissa iän mukaan

Lähde: Pensola, Gould ja Polvinen 2010

Masennukseen perustuvia eläkkeitä alkoi saman ammattialaryhmän sisällä pääsääntöisesti enemmän naisille kuin miehille. Masennusperusteisten eläkkeiden alkuvuosi oli suuri mm. naiskuljettajilla, -johtajilla ja myymälöiden naisesimiehillä sekä virastojen ja laitosten asiantuntijamiehillä. Monissa suuren masennusperusteisen eläkealkavuuden ammateissa työkyvyttömyyseläkkeitä alkoi kokonaisuudessaan vähän.

Avio- ja avoliitossa oleville alkoi masennukseen perustuvia eläkkeitä lähes yhtä vähän työntekijä- ja asiantuntija-ammateissa. Työntekijäammateissa työttömyys ennen masennusperusteista eläkettä oli yleistä. Asiantuntija-ammateissa työttömyys ei liittynyt masennusperusteisiin eläkkeisiin.

Osatyökyvyttömyyseläkkeiden alkuvuosi oli suurempi naisilla kuin miehillä. Suurin osatyökyvyttömyyseläkkeen alkuvuosi oli julkisen sektorin ammattiryhmissä, kuten hoitoalalla sekä siivous- ja kiinteistönhoitotyössä (kuvio 9). Osatyökyvyttömyyseläkkeissä korostuivat tule-sairaudet, määräaikaissa kuntoutustuissa mielenterveyden häiriöt.



Kuvio 9. Osatyökyvyttömyyseläkkeiden alkavuus ammattiryhmittäin naisilla (suurimman ja pienimmän alkavuuden ammattiryhmät)

Lähde: Pensola, Gould ja Polvinen 2010

Yhteenvedo

Tutkimuksen yksi keskeisistä tuloksista oli työntekijä- ja asiantuntija-ammattien välinen ero työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa. *Työntekijäammateissa alkavuus oli lähes kaksinkertaista asiantuntija-ammatteihin verrattuna.*

Ammattiryhmittäisen erot eläkkeiden alkavuudessa voivat liittyä moneen eri taustatekijöihin. Raportissa todettiin, että kyseessä saattavat olla esimerkiksi erot sairauksien yleisyydessä eri ammateissa. Kyse voi myös olla työtehtävien erilaisista kuormitus- ja voimavaratekijöistä sekä eroista työhyvinvointitoiminnassa, varhaisen tuen käytännöissä sekä työsuojelussa ja työterveyshuollossa. Ammattiryhmittäiset erot työkyvyttömyyden alkavuudessa saattavat liittyä myös työttömyyteen ja työttömyysetuuksien käyttöön. Ammattiryhmien välillä on eroja myös muiden eläkemuotojen käytössä.

Masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen oli yleistä työntekijäammattien lisäksi myös monissa asiantuntija-ammateissa. Monet työn henkiseen kuormitukseen liittyvät tekijät saattavatkin heijastua masennusperusteiseen eläkealkavuuteen.

Masennusperusteisten eläkkeiden alkavuudessa oli selkeämpi ero sukupuolen kuin työntekijä- ja asiantuntija-ammattijaon perusteella. *Sekä työntekijä- että asiantuntijanaisten masennusperusteinen eläkealkavuus oli suurempaa kuin kummankaan ryhmän miesten.*

Työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi työkuormituksen optimoinnin ja työn voimavaratekijöiden lisäämisen ohella tärkeää on varhainen ja tehokas hoito sekä monipuolinen lääkinnällinen ja ammatillinen kuntoutus.

Ammattiryhmien väliset erot osoittivat myös, että työkyvyn rajoittumisen ei tarvitse johtaa kokoaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle. Osatyökyvyttömyyseläkkeiden käytön kasvu julkisen sektorin naisilla osoitti, että myös osittain työkykyisten työpanos on mahdollista ottaa käyttöön.

4.1.6 Tukea yksinyrittäjien ja maatalousyrittäjien työkyvylle

Monilla työpaikoilla on olemassa työkyvyn tukemiseksi hyviä toimintamalleja, joita pitää voimallisesti viedä myös arkisiksi käytännöiksi. Oma kysymyksensä on yksinyrittäjien ja maatalousyrittäjien työkyvyn tukeminen. Heillä ei ole työyhteisöä ja esimiestä, joka huolehtisi työkyvyn johtamisesta. Myös tällä sektorilla etsittiin Masto-hankkeessa hyviä käytäntöjä. Päävastuutahona osahankkeessa oli Työterveyslaitos (*osahanke 1.2.2*).

Asiantuntijaseminaareja ja työkokouksia

Masto-hanke järjesti vuonna 2009 tilanteen kartoittamiseksi aluksi kaksi asiantuntijaseminaaria, joiden tavoitteena oli koota tietoa maatalousyrittäjien ja yksinyrittäjien työkyvyn varhaisen tuen käytännöistä ja meneillään olevista kehittämishankkeista. Asiantuntijaseminaareissa (1/2009 ja 5/2009) esiteltiin muun muassa Työterveyslaitoksen SYTY-hanketta ja STEP-työkaluja sekä pienyrittäjien ja maatalousyrittäjien työterveyshuollon ja varhaisen tuen käytäntöjä.

Toimintaa jatkettiin sittemmin kahdessa ryhmässä pienryhmätyöskentelynä. Yksinyrittäjiä koskeneen alaryhmän työkokouksiin osallistui Työterveyslaitoksen, Suomen Yrittäjien, Yrittäjänäisten Keskusliiton, Naisyrittäjäyyskeskus ry:n, Kuntoutussäätiön ja Suomen Mielenterveysseuran edustajia. Maatalousyrittäjiä koskeneen alaryhmän toiminnassa oli mukana Työterveyslaitoksen, MTK:n, Melan sekä ProAgrian edustajia. Molemmissa ryhmissä oli mukana lisäksi Masto-hankkeen edustajia sekä muita STM:n virkamiehiä.

Pienyrittäjiä koskeneessa ryhmässä tehtävänä oli hahmottaa olemassa olevia palveluja, toimijoita ja verkostoja sekä keinoja (myös uusia) yrittäjien työkyvyn varhaiseksi tukemiseksi ja masennuksen ehkäisemiseksi. Työkokouksissa kartoitettiin keskeisiä toimijoita ja palveluja yrityksen elämänkaarella: yrittäjyyden/yrityksen alkuvaihe, yrityksen toiminta vakiintunut, merkkejä häiriöistä.

Merkittävänä toimijoina nousivat esiin mm. ELYt, uusyrityskeskukset (tavoittavat nykyisin suuren osan uusista yrittäjistä) ja yrittäjäjärjestöt. Tärkeiksi toimijoiksi todettiin myös tilitoimistot, kirjanpitäjät, verottaja ja vakuutusyhtiöt. Työterveyshuoltoon yrittäjistä kuuluu vain 7-33 prosenttia, mutta kiinnostusta työterveyshuoltoon liittymiseen kuitenkin olisi. Keskeinen kysymys on, miten työterveyshuolto toimii. Vastaako se yrittäjien tarpeita ja ollaanko yksinyrittäjien tarpeita vastaavia työterveyshuoltopalveluja valmiita kehittämään?

Maatalousyrittäjiä koskeneen alaryhmän työkokouksissa olivat esillä muun muassa koulutukseen, neuvontaan, työterveyshuoltoon ja lomitukseseen liittyvät kysymykset. Työterveyshuollon osalta esillä olivat mm. masennuksen seulontakäytännöt ja ryhmämuotoiset depressiokoulut ennaltaehkäisyn tukena. Työterveyshuollon protokollaan kuuluvat tilakäynnit ja terveystarkastukset. Työterveyshuollon tarjoaman varhaisen tuen haasteena on, miten saada kontakti maatalousyrittäjiin; noin 40 prosenttia MYEL-vakuutetuista

maatalousyrittäjistä kuuluu työterveyshuoltoon. Varhaista tukea voi työterveyshuollon ohella tarjota myös esim. Maaseudun tukihenkilöverkko tai ProAgrian ”Voimavarariihä”-tuote (esim. sukupolvenvaihdostilanteissa, kun tehdään investointeja).

Tietokortit yrittäjien hyvinvoinnin ja työkyvyn tueksi

Työterveyslaitos laati asiantuntijatapaamisten pohjalta yhdessä Suomen Yrittäjien, Kuntoutussäätiön ja Suomen Mielenterveysseuran kanssa tietokortin yrittäjien työkyvyn tueksi. Vastaavasti Melan ja MTK:n kanssa laadittiin tietokortti maatalousyrittäjien työkyvyn tueksi. Niissä kerrotaan, mistä yrittäjä saa apua hyvinvoinnin ja työkyvyn ylläpitoon. Tietokorteissa yrittäjien työkykyä ja siihen vaikuttavia osa-alueita havainnollistetaan talokuvan avulla. Talon kerrokset muodostuvat terveydestä ja toimintakyvystä, osaamisesta, arvoista, asenteista ja motivaatiosta sekä työstä. Tietokortit on julkaistu Työterveyslaitoksen verkkosivuilla osoitteessa www.ttl.fi/fi/tietokortit.

Ohjeita maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon

Maatalousyrittäjien työterveyshuollossa on kiinnitetty jo pitkään huomiota asiakkaiden henkiseen hyvinvointiin. Maatalouden nopea rakennemuutos ja taloudelliset paineet ovat aiheuttaneet sekä tutkimustiedon että työterveyshuollon ammattihenkilöiden viestien mukaan entistä näkyvämpiä henkisen hyvinvoinnin ongelmia. Yhä enemmän puhutaan työssä jaksamisesta. Ammattihenkilöt ovat toivoneet keinoja asiakkaidensa auttamiseen.

Asiantuntijaseminaarien ja maatalousyrittäjiä koskeneen alaryhmän kokousten materiaalia hyödynnettiin myös laadittaessa ”Masennuksen hyvä hoitokäytäntö työterveyshuollossa” -oppimateriaalia. Työterveyslaitoksella valmisteltu oppimateriaali on tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilöille.

Työterveyshuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksissa ja työterveyshuoltojen neuvonnassa suositellaan maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon työuupumuksen, masennuksen ja alkoholinkäytön seulontaa työkykyä haittaavien ongelmien varhaiseksi tunnistamiseksi. Työuupumuksen tunnistamiseen suositellaan Bergen Burnout Indicator 15 -kyselymenetelmää (BBI-15). Riskijuomista ja alkoholikäyttöjen varhaisia merkkejä kartoitetaan AUDIT-testillä. Masennusta seulotaan kahden kysymyksen seulalla ja tarvittaessa Beck Depression Inventory 21 -kyselyllä (BDI-21). Tunnistamisen lisäksi työterveyshuolloille annetaan tietoa asiakkaiden jatkohoito- ja tukimahdollisuuksista.

Maatalousyrittäjien työterveyshuollon keskusyksikössä (Mytky) käynnissä olevassa HAASTE-hankkeessa kerätään asiakkaiden sekä työterveyshuollon henkilökunnan kokemuksia BBI-15 ja Audit -kyselyjen käytettävyydestä maatalousyrittäjien työterveyshuollossa.

Koulutusta maatalousyrittäjien hyvinvoinnin ja työkyvyn tueksi

Mela osallistui Masto-hankkeeseen järjestämällä myös kaksi laajaa koulutuskiertuetta hankkeen aikana.

Ensimmäinen koulutuskierro toteutui kesäkuun 2009 ja helmikuun 2010 välillä. MTK-tuottajaliitot ja Mela järjestivät Masto-hankkeen tavoitteita tukevan yhteishankkeen, jonka tarkoituksena oli tarttua erityisesti hyvinvoinnin ongelmiin. Se koski maatalousyrittäjien sidosryhmiä, jotka omalla toiminnallaan voivat merkittävästi vaikuttaa maatalousyrittäjien hyvinvointiin. Tarkoitus oli pohtia, miten tilalla asioiva voisi ottaa puheeksi havaitsemiaan ongelmia ja kuka voi niihin puuttua.

”Kun tilalla ei voida hyvin – Miten otan puheeksi vaikean asian?” -teemapäiviä pidettiin yhteensä 15 ympäri Suomea. Tilaisuuksiin osallistui yli 1000 maatalousyrittäjän yhteistyökumppania, muun muassa työterveyshoitajia, eläinlääkäreitä, ProAgrian neuvoja, Mela-asiamiehiä, tukitarkastajia ja lomittajia. Joillakin paikkakunnilla mukaan pääsivät lisäksi pankinjohtajat, verovirkailijat, seminologit ja lomittajat. Keskusteluja käytiin erityisesti työssä jaksamisesta, masennuksesta, parisuhdekysymyksistä sekä sukupolvenvaihdokseen liittyvistä ongelmista. Koulutukseen kuului myös ryhmätyöskentelyä. Ohjelmassa käytiin läpi puheeksiottamisen mallia ja lainsäädännön velvoitteita. Apukeinoista nousivat esiin mm. Voimavarariihi, Maaseudun tukihenkilöverkko ja kriisikeskukset. Palaute koulutuksista oli varsin myönteistä. Saatujen palautteiden keskiarvo oli seuraava: sisältö 4.4, kesto 4.3, hyödyllisyys 4.5, kouluttaja 4.8.

Toisen koulutuskierroksen Mela, MTK-liitot ja Työterveyslaitos (Mytky) järjestivät yhteistyössä. Tilaisuudet oli tarkoitettu maatalousyrittäjien työterveyshuollon yhteistyöryhmän ja lomituksen yhteistoimintaryhmän jäsenille. Lisäksi koulutuksiin osallistui tuottajayhdistysten sosiaalivastaavia, Mela-asiamiehiä ja muutamia tukihenkilöitä. Koulutusten tavoitteena oli aktivoida työterveyshuollon yhteistyöryhmiä toimimaan ja keskustelemaan toiminnan sekä yhteistyön kehittämisestä. Lisäksi jaettiin ajankohtaista tietoa maatalousyrittäjien sosiaaliturvasta ja siihen liittyvistä muutoksista. Myös Masto-hankkeen teemat ja verkkokysely olivat esillä. Koulutustilaisuudet järjestettiin marraskuussa 2010 suomenkielisille ja tammikuussa 2011 ruotsinkielisille. Suomenkielisiä tilaisuuksia oli kaikkiaan kuusi ja ruotsinkielisiä yksi. Osallistujia oli yhteensä 525.

Verkkokysely maatalous- ja maaseutuyrittäjille työkykyyn vaikuttavista tekijöistä

Tietoa maatalous- ja maaseutuyrittäjien työkykyyn vaikuttavista asioista kerättiin verkkohaastattelulla osana MastDo-kampanjaa talvella 2010–2011 (*osahanke 4.2.1*). Samalla heräteltiin vastaajat pohtimaan omaa työhyvinvointiaan. Tuloksia on tarkoitus hyödyntää maaseudun yrittäjien työhyvinvoinnin kehittämisessä.

Kyselyn teetti Masto-hanke yhteistyössä MTK:n ja Melan kanssa. Ruotsinkielistä versiota markkinoitiin yhdessä ruotsinkielisen maataloustuottajien keskusliiton SLC:n kanssa. Yhteenvedo tuloksista on ajalta 20.10.2010–10.1.2011 (kuvio 10).

Tutkimusajankohtana verkkohaastattelussa oli 924 osallistujaa, joista suomenkieliseen tutkimukseen osallistui 865 ja ruotsinkieliseen 59. Osallistujilla oli myös mahdollisuus tilata lyhyt yhteenvedo tuloksista. Yhteistyökumppanina verkkohaastattelun toteutuksessa oli Fountain Park Oy.

Verkkohaastattelu rakentui kolmesta teemasta:

- Arjen voimavarat: ”Mikä tuo voimia arkeesi?”
- Arjen uhat: ”Mikä vie arjen voimavaroja?”
- Työterveyshuolto ja Maaseudun tukihenkilöverkko

Ensinnä vastaajia pyydettiin pohtimaan arjen voimavaroja ja toiseksi arjen uhkia. Kolmanneksi osallistujilta kysyttiin työterveyshuoltoon ja tukiverkoon liittyviä kysymyksiä. Kahden ensimmäisen teeman käsittelyssä käytettiin luovaa innovointitekniikkaa, jossa vastaajat pääsivät myös arvioimaan muiden antamien vastausten merkitystä itselleen.

Useimmat vastaajat nimesivät useita voimia tuovia ja voimia vieviä asioita. Voimia arkeen tuoviksi vastaajat nostivat useimmin parisuhteen ja perheen. Toiseksi he nostivat tarpeen vapaa-aikaan eli harrastuksiin ja lomaan. Kolmanneksi nousi onnistumisen ilo. Työhön antoi voimia se, että voi itse vaikuttaa työtapaan ja tuloksiin.

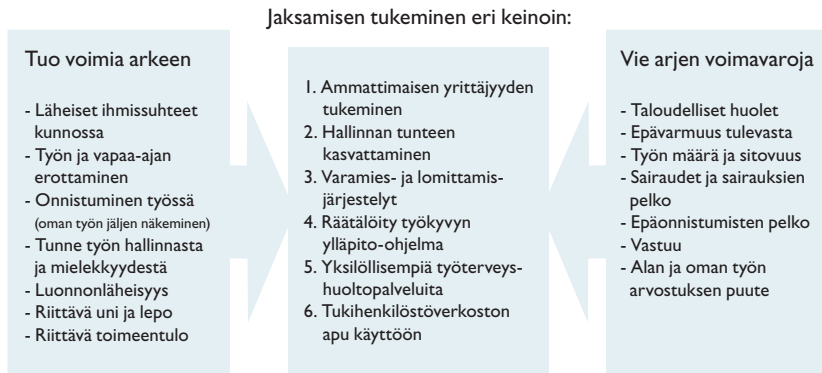
Arjen voimavaroja veivät taloudelliset huolet, epävarmuus tulevast, sairaudet ja paperisota. Myös työmäärä ja kiire leimasivat arkea ja lisäsivät voimattomuuden tunnetta. Erityisesti voimia vievissä näkemyksissä ongelmat näyttivät kasautuvan, ja kaikki vaikutti kaikkeen. Taloudelliset huolet ja vaikeasti ennakoitava tulevaisuus voivat heijastua parisuhteeseen ja jaksamiseen. Avainkäsitteeksi nousi jaksaminen ja siitä huolehtiminen.

Kaksi vastaajaa kolmesta kuuluu Maatalousyrittäjien työterveyshuollon piiriin. Työterveyshuoltoon kuulumattomat ilmoittivat syiksi mm. sivutoimisuuden ja terveyshuollon saamisen päätoimen kautta, tietämättömyyden tai työterveyshuollon hyödyttömäksi kokemisen.

Lähiomaisten ja ystävien apuun luotettiin eniten jos oma työkyky alentuisi niin, ettei asianomainen itse sitä huomaa.

Suomenkielisistä vastaajista 82% tiesi tai oli kuullut Maaseudun tukihenkilöverkosta, mutta heistä vain 2 % oli käyttänyt verkon palveluita. Ruotsinkielisistä 68 % tiesi tai oli kuullut tukihenkilöverkoston olemassaolosta, mutta yksikään vastaajista ei ollut palveluja käyttänyt.

Kuinka kehittää maaseudun yrittäjien työkykyä?



Kuvio 10. Yhteenveto maaseudun yrittäjien työkykyyn vaikuttavista asioista ja kehitysehdotuksia jaksamisen tukemisesta

Lähde: Fountain Park Oy:n raportti 2011

4.2 TYÖTERVEYSHUOLLOILLE TOIMINTAMALLEJA JA TYÖKALUJA

Työterveyshuollon tehtäviin kuuluu keskeisesti työkyvyn tukeminen, *työhön liittyvien sairauksien* varhainen tunnistaminen ja toimenpiteiden käynnistäminen terveyden ja työkyvyn turvaamiseksi.

Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukainen työterveyspainotteinen sairaanhoito on osa työkyvyttömyyden ehkäisyä. Työkyvyn ylläpito on yhteiskunnan työterveyshuolloille tällä hetkellä asettama tärkeä tehtävä pyrittäessä pidentämään työuria.

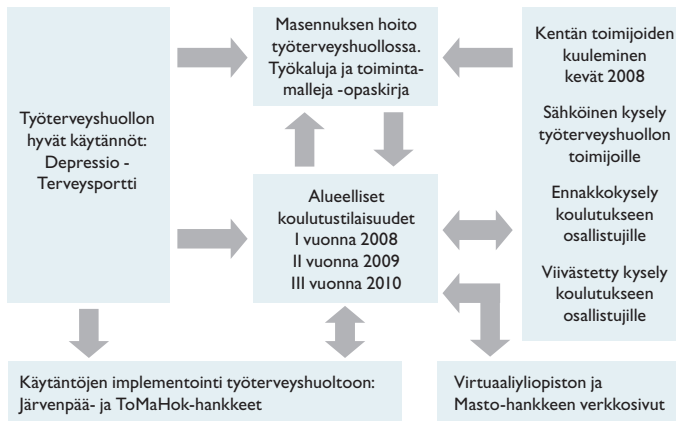
Masto-hankkeen käynnistyessä tiedettiin, että masennuksen hoidossa on puutteita. Työterveyshuolto on avainasemassa työssäkäyvien masennuksen varhaisessa tunnistamisessa, hoidon aloituksessa ja näihin liittyen myös työssä jatkamisen tukemisessa. Yksi keskeinen Masto-hankkeeseen liittyvä kokonaisuus olikin työterveyshuollon toiminnan kehittäminen (*osahanke 3.1.1*). Tämän asian suhteen toiminta eteni portaattain (kuvio 11).

4.2.1 Näyttöön perustuva suositus Terveysporttiin

Hankkeen yhteydessä laadittiin ensin työterveyshuolloille tutkimusnäyttöön perustuva suositus depression ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta varten. Suositus julkaistiin vuonna 2008 sähköisesti Terveysportissa, jossa se on asiantuntijoiden helposti saatavilla. Siinä käsitellään depression ennaltaehkäisyä, seurantaa, diagnosointia, hoitokäytäntöjä ja uusiutumisen ehkäisyä työterveyshuollossa. Sisältöön kuuluu myös depressiopotilaan työ- ja toimintakyvyn tukeminen sekä työterveyshuollon, muun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjako ja yhteistyö. Suositus päivitettiin 1/2009 (Pirkola, Honkonen, Pasternack ym. Työterveyshuollon hyvät käytännöt: Depressio. Duodecim/Terveysportti, Työterveyslaitos 2009).

Suosituksen keskeistä sanomaa:

- Masennustilat pitäisi ennaltaehkäistä tai tunnistaa ja hoitaa mahdollisimman varhain; oikea-aikaisella ja monipuolisella hoidolla ja kuntoutuksella voidaan tukea työ- ja toimintakykyä.
- Työterveyshuollossa masennustilan hoitoon kuuluu perusteellinen alkuselvitys, lääkehoidon tarpeen arviointi, säännöllinen seuranta ja tilanteeseen soveltuva psykososiaalinen tuki.
- Työterveyshuollon ja työpaikan välistä tiivistä yhteistyötä tarvitaan masennuksen ehkäisyssä, masennuspotilaan työkyvynarviossa ja työssä jatkamisen tukitoimissa.
- Jos masennuksesta toipuva työntekijä ei kykene entisiin tehtäviinsä, voidaan mahdollisista työhön paluuta tukevista tilapäisistä tai pysyvistä työjärjestelyistä sopia työterveysneuvottelussa.
- Työterveyshuollon, muun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjako ja yhteistyö parantavat masennuspotilaan hoidon tuloksellisuutta.



Kuvio 11. Näyttöön perustuvien hyvien käytäntöjen interaktiivinen implementointi työterveyshuoltoon

4.2.2 Alueelliset koulutustilaisuudet osana suosituksen jalkauttamista

"Työterveyshuollon hyvät käytännöt: Depressio" -suosituksen jalkauttamiseen tähtäävä valtakunnallinen koulutus toteutui 2008–2010 STM:n tuella kuudella eri paikkakunnalla. Osallistujia oli kaikkiaan runsaat 1700.

Ensimmäinen osio "Masennuksen hyvä hoitokäytäntö työterveyslääkärin ja psykiatrin yhteistyönä" toteutui syksyllä 2008 työterveyslääkäreiden ja psykiatrien yhteisenä koulutuksena (osallistujia noin 450). Tavoitteena oli näyttöön perustuvan hoidon oppimisen lisäksi edistää vuoropuhelua työterveyslääkäreiden ja psykiatrien kesken. Tavoitteena oli myös sopia yhteistyökäytännöistä erityisesti konsultaatioihin, työkykyarvioon, sairauspoissaoloikäytäntöihin, konsultaatioyhteistyöhön ja työhönpaluun tukitoimiin liittyen.

Toinen osio "Varhainen ja tehokas hoito ja työssä jatkamisen tuki työterveyshuollon tiimin yhteistyönä" toteutui syksyllä 2009. Kohderyhmänä olivat työterveyshuollon ammattilaiset ja asiantuntijat (osallistujia noin 650). Tavoitteena oli tarjota valmiuksia moniammatilliseen masennuksen hoidon kehittämiseen vaikuttavuuden lisäämiseksi. Toinen tavoite oli omaksua kognitiivinen työote ja kognitiivisia työkaluja paikkaamaan psykososiaalisen tuen tarjonnan ja osaamisen puutetta työterveyshuolloissa.

Kolmas, syksyn 2010 alueellinen kiertue "Henkinen hyvinvointi työssä – varhaisen tuen ja työhönpaluun yhteistyökäytännöt" oli suunnattu esimiehille, henkilöstöhallinnon, työsuojelun ja työterveyshuoltojen edustajille (osallistujia runsaat 600).

Jokaisessa koulutustilaisuudessa esiteltiin ja koottiin paikallisia hyviä käytäntöjä jaettavaksi muille ja herättämään keskustelua. Lisäksi vuosien 2009 ja 2010 kiertueilla tehtiin työpajajarjoituksia uusien työkalujen ja toimintamallien omaksumiseksi (kognitiiviset työkalut, varhainen tuki ja työhönpaluun tuki).

Koulutusmateriaalia työterveyshuolloille

Koulutuskierroksien materiaalia koottiin aineistopankkiin Masto-hankkeen verkkosivuille, jonne myös Työterveyslaitoksen virtuaaliyliopiston verkkosivuilta johdettiin linkki (hankkeen päätyttyä materiaali löytyy osoitteesta www.stm.fi/seminaarit/Mastohanke).

Työterveyslaitos julkaisi lisäksi keväällä 2010 opaskirjan (Tuisku ja Rossi: "Masennuksen hoito työterveyshuollossa – työkaluja ja toimintamalleja") suosituksen jalkauttamiseksi, masennuksen hoidon kehittämistarpeisiin ja opastamaan hyviin käytäntöihin. Kirja tarjoaa valikoiman käytännön välineitä ja toimintamalleja sovellettavaksi työterveyshuoltoihin tai uusien toimintamallien raaka-aineiksi erilaisten työterveyshuoltojen tarpeisiin.

Masennuksen tuloksellisen hoidon varmistamiseksi kirjassa nostetaan esille kolme masennuksen hoitopolun kohtaa:

1. masennusriskin ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja tukitoimet
2. perusteellinen alkukartoitus ja aktiivinen ensivaiheen hoito, joka perustuu järjestelmälliseen hoitovasteen seurantaan ja riittävään psykososiaaliseen tukeen
3. työkyvyn arviointi ja tukeminen hoitopolun kaikissa eri vaiheissa: tuettu työssäkäyminen ja työhönpaluu ovat keskeinen osa masennuksen hoitoa työkuormituksen olleessa oikein mitoitettu.

Keskeisiä yhteistyömalleja masennuspotilaan työkyvyn tukemiseksi ovat (Tuisku ja Rossi 2010):

- tiivis yhteistyö ja selkeä vastuunjako työterveyshuollon toimijoiden kesken
- työterveyshuollon yhteistyö esimiehen ja työpaikan kanssa: ennaltaehkäisy, varhainen tunnistaminen ja tuki, työssäjatkamisen ja työhönpaluun tukitoimet
- oikein ajoitettu psykiatrinen konsultaatio ja tiivis yhteistyö sairauspoissaolojen koordinoimisen säilyessä työterveyshuollossa

Työterveyslaitoksen verkkosivuilla jaetaan käyttöön kirjan työkaluja www.ttl.fi/masennuksenhoito. Jatkossa koulutukset integroidaan osaksi normaalia työterveyshuollon täydennyskoulutusohjelmaa.

4.2.3 Tietoa koulutustarpeista ja kehittämishaasteista

Kenttäkysely työterveyshuollolle ja psykiatriselle erikoissairaanhoidolle

Työterveyslaitos teki keväällä 2008 elektronisen kyselytutkimuksen, jonka avulla koottiin työterveyshuolloilta ja psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta tietoa koulutustarpeista ja masennuksen hoidon kehittämishaasteista (921 vastaajaa) osana koulutuskiertuekokonaisuuden suunnittelua.

Keskeisinä ongelmina nousivat esille psykososiaalisen hoidon saatavuus ja osaaminen työterveyshuolloissa sekä psykiatrin konsultaatioyhteistyön saatavuus ja tiedonkulun katkokset siinä (Rossi & Tuisku 2009, Tuisku ym. 2009). Yhteistyön puutteen nähtiin johtavan työkyvyttömyyden tarpeettomaan pitkittymiseen. Molemmat osapuolet toivoivat lisää yhteistyötä. Myös työterveyspsykologien palveluita toivottiin voitavan hyödyntää enemmän. Työterveyshoitajat kaipasivat selkeitä työkaluja masennuksen seulontaan ja vuorovaikutuksellisen tuen tarjoamiseen (Virtanen ym. 2009).

Tietoa osaamisalueista koulutuskierueelle osallistuvilta

Syksyn 2008 koulutuskierueelle osallistuville (n=455) lähetettiin lisäksi kysely ennen koulutusta ja sen jälkeen. Ennakkokyselyssä tiedusteltiin neljän keskeisen osaamisalueen hallintaa (hoitovasteen seuranta, psykososiaalinen hoito, työhönpaluun tukitoimet ja järjestelmällinen konsultaatioyhteistyö) sekä hyvien käytäntöjen toteutusta. Siihen vastasi 236 henkilöä.

- Hoitovasteen järjestelmällistä seurantaa (BDI) ja vasteen mukaista lääkkeitä ilmoitti tuntevansa hyvin 34 prosenttia. Hoitovasteen järjestelmällinen seuranta oli 37 prosentilla säännöllisessä käytössä.
- Psykososiaalisia hoitokeinoja työterveyshuollossa ilmoitti tuntevansa hyvin vain kahdeksan prosenttia vastaajista. Psykososiaaliset hoitokeinot olivat 12 prosentilla säännöllisessä käytössä.

- Masennuspotilaan ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudet ja työhön-paluukäytännöt ilmoitti tuntevansa hyvin 23 prosenttia vastaajista. Työ-hönpaluun tukitoimet olivat vain 22 prosentilla säännöllisessä käytössä.
- Järjestelmällinen konsultaatioyhteistyö ja vastuunjako työterveyslääkärin ja psykiatrin välillä oli hyvin tunnettu vain 13 prosentilla vastaajista; säännöllisessä käytössä järjestelmällinen konsultaatioyhteistyö oli vain 15 prosentilla.

Keväällä 2009 toteutettuun viivästettyyn kyselyyn vastasi 70 koulutuk-seen osallistunutta. Heistä 50 prosenttia ilmoitti tuntevansa uuden depres-siosuosituksen siinä määrin, että se vaikuttaa heidän työhönsä. Suositukseen pohjautuvaan, käytännön työkaluja tarjoavaan opaskirjaan oli tutustunut 66 prosenttia. Heistä suurin osa hyödynsi sitä työssään ja loput arvelivat, että saattaisivat hyödyntää sitä.

Seurantakyselyyn vastanneista 69 prosenttia ilmoitti tuntevansa hyvin kaikki neljä keskeistä osaamisaluetta (vasteen seuranta, psykososiaalinen hoito, työhönpaluun tukitoimet ja järjestelmällinen konsultaatioyhteistyö) ja säännöllisessä käytössä ne olivat 44 prosentilla vastanneista. Vain 10 pro-senttia ilmoitti, että ne eivät olleet käytössä.

Kyselytutkimusten tuloksia hyödynnettiin koulutus- ja kehittämis-hankkeissa ja niistä tiedotettiin kansainvälisissä seminaareissa ja monissa lehtijulkaisuissa.

Palautetta koulutustilaisuuksista

Koulutustilaisuuksista saatu palaute oli myönteistä, yleisarvosanaksi annettiin keskimäärin 4/5. Oppimistavoitteet raportoitiin pääsääntöisesti saavutetuiksi. Uusia oivalluksia ja käyttökelpoisia ideoita syntyi yleisön ja asiantuntijapa-nealien välisissä keskusteluissa sekä työpajoissa. Koulutusmateriaalista, työ-pajaharjoituksista ja käytännön esimerkeistä tuli erikseen hyvää palautetta. Kielteinen palaute koski lähinnä keskustelulle varatun ajan riittämättömyyttä ja kiireen tuntua melko tiiviissä koulutuspaketissa.

4.2.4 Kehittämishankkeet osana suosituksen jalkauttamista

Järvenpää-hanke

Työterveyslaitos toteutti vuosina 2009–2010 masennuksen hoidon kehittä-miseen liittyvän pilottihankkeen yhteistyössä Järvenpään kaupungin ja -työ-terveyshuollon, Hyvinkään sairaanhoitoalueen ja Kevan kanssa hyvin tuloksin (Rossi ym. 2010).

Työterveyshuolto koulutettiin aluksi toimintamallin sisältöihin. Koulu-tusteemoina olivat

1. seulonta ja perusteellinen alkukartoitus
2. kognitiiviset työkalut
3. yhteistyökäytännöt työpaikan kanssa ja
4. konsultaatioyhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa.

Kolmanteen koulutukseen osallistui myös esimiehiä ja HR-henkilöstöä, neljänteen konsultoivan tahon psykiatrian poliklinikan työryhmä.

Seulonnan jälkeen pilottiin osallistui 17 potilasta, joiden keski-ikä oli 45 vuotta. Hoidon varhainen vaihe käsitti tyypillisesti 5–6 käyntiä työterveys-huollossa ja jatkoseuranta 2–3 käyntiä harvajaksoisemmin. Potilaat saivat tietoa ja neuvontaa sekä asianmukaista mielialalääkitystä. Myös kognitiivisia työkaluja hyödynnettiin.

Pilotissa psykiatrian ja työterveyspsykologin konsultaatiot saatiin oikea-aikaisesti ja konsultaatioyhteistyö toteutui työterveyshuollon ja psykiatrisen poliklinikan välillä. Työterveyshuolto teki tiivistä yhteistyötä paitsi psykiatrisen tiimin myös työnantajatahon kanssa. Keinoina olivat työterveysneuvottelut, työtehtävien muokkaus, työpäivän lyhennys ja työkokeilu. Kahdensuuntainen, joustava ja tiivis konsultaatioyhteistyö psykiatrisen poliklinikan ja kaupungin työterveyshuollon kanssa koettiin erittäin myönteiseksi.

Tuloksia

Koska vertailuryhmä puuttui ja aineisto oli pieni, pilottitutkimuksen tulokset kuvaavat lähinnä työterveyshuoltoon jalkautetun, näyttöön perustuvan mallin soveltuvuutta sinne, ei niinkään vaikuttavuutta. Kliininen toipuminen kuvattiin 15 potilaalla. Suurin osa tarvitsi sairauslomaa, mutta sen pituus jäi reiluun kuukauteen. Kahta lukuun ottamatta kaikki palasivat seuranta-aikana työhön onnistuneesti (Rossi ym. 2010).

Masennuksen hoidon kehittämishanke yhteistyössä Työterveyslaitoksen, Helsingin kaupungin, TYKE:n ja Kevan kanssa käynnistyi vuonna 2010 ja jatkuu edelleen.

ToMaHoK – kohti toimivaa masennuksen hoitokäytäntöä työterveyshuollossa

Osana työterveyshuoltoon liittyvää kokonaisuutta on myös Telan rahoittama ja Työterveyslaitoksen toteuttama laaja kehittämishanke, jossa etsitään uusia toimintakäytäntöjä masennuksen hoitoon kolmessa erityyppisessä työterveys-huollossa. Kehittämiskohteina ovat yksityinen lääkäriasema, yrityksen oma työterveyshuolto ja kunnallinen liikelaitos (Kaila ym. 2011).

Työeläkevakuuttajat TELA ry rahoittaa ja Työterveyslaitos toteuttaa kolmen työterveyshuoltopalveluja tuottavan toimijan kanssa tutkimus- ja kehittämishankkeen Toimiva masennuksen hoitomalli työterveyshuollossa (ToMaHoK) vuosina 2009–2011. Hankkeen tavoitteena on parantaa lääkä-reiden ja hoitajien masennuksen hoitovalmiuksia sekä tarjota mahdollisuus joustaviin psykiatrin ja työterveyspsykologin konsultaatioihin ja akuuttivai-heen lyhytpsykoterapiaan.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, kuinka vaikuttaviksi todetut hoidot saadaan toimimaan eri tavoilla resursoiduissa työterveyshuollossa, mitkä te-kijät liittyvät hyvään tai huonoon toipumiseen ja sairauspoissaoloihin ja mikä

on työterveyshuollon toimien talousvaikuttavuus. Tutkimukseen osallistuu työterveyslääkäreitä ja työterveyshoitajia noin 115 ja potilaita noin 230.

Masennuksen hoidon vaikuttaviksi todetut osat eivät toteudu riittävästi masennuksen havaitsemisen, lääkehoidon, akuuttivaiheen psykoterapian ja potilaan seurannan osalta Suomessa. Työterveyshuolloissa on vuosittain noin miljoona terveystarkastusta ja viisi miljoonaa sairauskäyntiä. Masennuksen systemaattisella seulonnalla, diagnostiikalla ja hoitokäytännöllä on siis hyvä mahdollisuus puuttua masennuksesta johtuviin työkykyongelmiin.

Hankkeessa työterveyshuollon työntekijöiden valmiuksia lisätään koulutuksella ja konsultatiivisella ohjauksella. Työterveyshoitajat käyttävät osana terveystarkastuksia kahden kysymyksen seulaa, jolla voidaan nopeasti seuloa masennusta. Samaa seulaa voivat käyttää lääkärit työterveyshuollon sairaanhoitokäynneillä. Työterveyshoitajille ja -lääkäreille tarjotaan mahdollisuutta kognitiivisten työkalujen käyttöön, jolloin he voivat osallistua masennuspotilaan psykososiaaliseen hoitoon.

Työterveyslääkärit on koulutettu käyttämään masennuksen diagnosointiin ja toimintakyvyn ja masennuksen seurantaan sopivia mittareita, joista tutkimuksen perusteella valitaan käyttöön sopivimmat. Potilaiden järjestelmälliseen ja hoidon tarpeen mukaiseen seurantaan kiinnitetään huomiota ja opetetaan vajaan hoitovasteen aiheuttamat toimenpiteet, kuten lääkitysmuutokset.

Akuuttivaiheen psykoterapia puuttuu työterveyshuollon keinovalikoimasta, vaikka se on Käypä hoidon mukaista akuuttivaiheen masennustilan hoitoa. Kelan kuntoutusterapia tulee käytettäväksi nimensä mukaisesti liian myöhään masennuksen akuuttihoitoa ajatellen. Hankkeessa tarjotaan työterveyslääkäreille mahdollisuus lähettää potilas Käypä hoidon mukaisiin kognitiiviseen, interpersoonaliseen tai psykodynaamiseen lyhytterapiaan nopeastikin masennustiladiagnoosin jälkeen.

Hankkeen alkuvaiheessa selviteltiin masennuspotilaiden hoidon nykytilaa työterveyshuollossa. Tutkimuksen tulosten perusteella työterveyslääkärit ja -hoitajat tarvitsevat tukea masennuksen hoidossa. Työnohjausta saa vain harva ja joustavia työterveyshuollon toimintaa tuntevien psykiatrien konsultaatioita ja psykoterapiaa kaivataan potilaan hoidon avuksi ja vähentämään omaa kuormitusta. Valmiudet hoitaa masennusta vaihtelevat suuresti, joten on välttämätöntä kehittää sellainen masennuksen hoitokäytäntö, jossa potilas ei jää ainoastaan työterveyslääkärin ja -hoitajan varaan. Suurin osa käytössä olevista masennuksen kyselylomakkeista ei sovellu masennuksen vaikeusasteen arviointiin. Hankkeessa tutkitaankin helppokäyttöistä ja nopeaa mittaria, joka soveltuu diagnostiikkaan, vaikeusasteen arvioon sekä seurantaan.

Työterveyshuollolla on ainutlaatuinen näkökulma masennuspotilaan työhön, joten työterveyshuollon hyvän sairaanhoitokäytännön mukaisesti masennusta sairastavien pitäisi olla yrityksen nimetyn työterveyslääkärin ja -hoitajan koordinoimassa hoidossa. Hankkeessa tutkitaan myös työterveyshuoltoneuvottelujen ja muun työpaikkayhteistyön merkitystä masennuspotilaiden toipumiselle ja työkyvyille. Tuloksia raportoidaan vuosina 2011–2012.

Depression itsehoito- ja ennaltaehkäisyryhmät

Masto-hankkeessa selvitettiin ryhmämuotoisen depressiokoulutoiminnan soveltuvuutta työterveyshuollon toiminnaksi yhteistyössä Suomen Mielenterveysseuran ja Työterveyslaitoksen kanssa (*osahanke 2.1.2*). Tutkimusten mukaan depression itsehoito- ja ennaltaehkäisyryhmät (ryhmämuotoiset depressiokoulut) ovat osoittautuneet vaikuttaviksi ennaltaehkäiseviksi toimiksi masennusoireilusta jo kärsiville henkilöille.

Depression itsehoito- ja ennaltaehkäisyryhmät perustuvat kognitiivisen psykoterapian teoriaan, mutta kyse ei ole psykoterapiasta. Kursseilla opitaan masennuksen ehkäisy- ja hoitotapoja vertaisryhmässä. Ryhmät sopivat ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi masennusoireileville. Niitä voidaan käyttää myös lievästi masentuneiden ja toistuvasti sairastuneiden kohdalla tehostamaan muuta hoitoa. Depression itsehoito- ja ennaltaehkäisyryhmiä voidaan toteuttaa terveysasemien ja työterveyshuoltojen yhteydessä, mutta myös oppilaitoksissa ja työpaikoilla.

Masto-hankkeen toimintaa

Depressiokoulutoiminnan nykytilanteen ja kehittämistarpeiden selvittämiseksi Masto-hanke järjesti työkokouksia, joihin kutsuttiin Työterveyslaitoksen sekä Suomen Mielenterveysseuran asiantuntijoiden lisäksi kokeneita depressiokouluryhmäohjaajia ja -kouluttajia eri puolilta Suomea.

Depressiokoulutoimintaa käsiteltiin Masto-hankkeen aloitteesta myös STM:n työterveyshuollon kehittämis- ja seurantajaostossa. Jaosto katsoi, että depressiokoulu on työterveyshuolloille hyödyllinen työkalu varhaiseen puuttumiseen depressio-oireisiin. Depressiokoulutoiminnan nivoutuminen muuhun työterveyshuollon toimintaan pitää kuitenkin varmistaa. Asian valmistelua jatketaan Työterveyslaitoksen ja Suomen Mielenterveysseuran yhteistyönä. Jatkossa Suomen Mielenterveysseuran on tarkoitus järjestää myös vuosittaisia verkostopäiviä ryhmäohjaajille.

Depressiokoulutoiminta työterveyshuollossa oli esillä myös Masto-hankkeen ohjausryhmän kokouksissa. Ohjausryhmä suosittelee, että ryhmämuotoista depressiokoulutoimintaa toteutettaisiin jatkossa osana työterveyshuollon toimintaa.

4.2.5 Hyvät sairauspoissaolokäytännöt levitykseen

Toimivia sairauspoissaolokäytäntöjä kehitettiin ja levitettiin aktiivisesti osana Masto-hanketta muun muassa koulutuksen ja kehittämishankkeiden avulla (*osahanke 3.4.1*). Asia nostettiin esiin myös Mieli 2009 -työryhmän laatimassa kansallisessa mielenterveys - ja päihdesuunnitelmassa.

Koulutusta ja kehittämistyötä

Työterveyslaitoksessa sairauspoissaolokäytäntöjen toimintamalleja on käsitelty työterveyshuollon pätevytymis- ja täydennyskoulutuksissa

vuosina 2008–2010, Työelämä ja masennus -koulutuskierroilla 2008–2010 sekä yrityskohtaisissa tilauskoulutuksissa (mm. ammattikorkeakoulujen pätevytymis- täydennyskoulutukset).

Lisäksi sairauspoissaolojen hallintamalleja on kehitetty useissa eri hankkeissa (mm. Järvenpää-hanke, Pohjanmaa-hanke, paperiteollisuuden HYVIS-hanke). Työkyvyn varhainen tukeminen ja sairauspoissaolojen hallinta -kehittämishanke on osa Työterveyslaitoksen laajempaa työhyvinvoinnin palvelujen kehittämishanketta (KONSEPTI-hanke).

Työterveyslaitos ja Kela selvittivät osasairauspäivärahaa saaneiden kokemuksia kyselytutkimuksella, jonka kohderyhmänä olivat kaikki vuoden 2007 jälkimmäisellä puoliskolla osasairauspäivärahaa saaneet (Kausto ym. 2010). Lisäksi tehtiin tutkimus osasairauspäivärahan käyttöönotosta (Vuorinen ym. 2010).

Työhön paluuta käsittelevän Terve mieli työssä -hankkeen materiaaleja levitettiin kaikkiin työterveyshuoltoihin sekä työsuojelun ja henkilöstöhallinnon alueille (STM:n selvityksiä 2008:33, painos 10 500 kpl sekä kaksi painosta neljästä työterveyskirjeestä yhteensä 100 000 kpl).

Osana Masto-kiertuetta levitettiin myös Työssä jatkamisen tukeminen ja sairauspoissaolokäytännöt -hankkeessa (JATS-hanke) tehtyjä ohjeita (*osahanke* 3.4.2). JATS-työkirjat julkaistiin myös STM:n verkkosivuilla (www.stm.fi/jats).

Työssä jatkamisen ja työhön paluun tukikeinot esillä Mieli 2009 -suunnitelmassa

Edellämainitut toimenpiteet ovat linjassa kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli 2009) työterveyshuollon kehittämistä koskevien ehdotusten kanssa (www.thl.fi/mielijapaihde). Masto-hanke oli edustettuna suunnitelman laatineessa työryhmässä.

Mieli 2009 -työryhmän ehdotuksessa todettiin, että yhteistoiminnassa sovitut työkyvyn varhaisen tuen, sairauspoissaolojen seurannan ja työhön paluun toimintamallit työpaikoilla luovat edellytyksiä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työntekijöiden työssä jatkamiselle ja onnistuneelle työhön paluulle. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten työssä jatkamista ja työhön paluuta tuetaan myös vahvistamalla työterveyshuollon koordinaatiroolia työpaikan, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä.

Työryhmä ehdotti, että mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyä ja varhaista puuttumista niihin edistetään työterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksella ja kehittämällä Kelan korvauskäytäntöjä.

Työterveyshuollon korvauskäytännöt tukemaan ennalta ehkäisevää toimintaa

Sata-komitean työterveysryhmässä, jossa Masto-hanke oli edustettuna, valmisteltiin muistio ”Työterveyshuollon kehittäminen osana sosiaaliturvan kokonaisuudistusta”. Sata-komitea esitti, että työterveyshuollossa otettaisiin käyttöön ennaltaehkäisevät mallit.

Vuoden 2011 alussa tuli voimaan lakimuutos, jonka mukaan ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista maksettavan 60 prosentin korvauksen ehtona on, että työpaikalla ja työterveyshuollossa on sovittu yhteiset tavoitteet ja käytännöt siitä, miten työkyvyn hallintaa, seurantaa ja varhaista tukea toteutetaan.

4.3 VAIKUTTAVIA ENNALTAEHKÄISY- JA HOITOKEINOJA PERUSPALVELUIHIN

Työterveyshuollon lisäksi Masto-hanke on kiinnittänyt huomiota työikäisten masennuksen varhaiseen tunnistamiseen ja aktiiviseen hoitoon myös muualla terveydenhuollossa. Terveyskeskus on se paikka, josta moni työssäkäyvä, työtön ja opiskelija hakee alkuvaiheessa apua.

Masto-hankkeen toimintaohjelmassa todettiin, että hoidon perustana tulee olla depression Käypä hoito -suositus ja siihen pohjautuvat alueelliset hoitomallit. Psykoterapeuttista osaamista julkisessa terveydenhuollossa pitää vahvistaa osana laadukasta akuuttivaiheen hoitoa, jotta potilas pääsee oikea-aikaisesti tarvitsemansa hoidon piiriin.

Masennuksen varhaisvaiheen hoidon kulmakivenä on perusterveydenhuolto. Hoidon onnistuminen edellyttää joustavia erikoislääkärin konsultaatiomahdollisuuksia ja tarvittaessa mahdollisuutta myös oikea-aikaiseen hoidon tehostamiseen.

4.3.1 Tietoa ennaltaehkäisevän työn tueksi

Masto-hankkeen toimintaohjelmaan kirjattiin myös osahanke, jonka tarkoituksena oli käytettävissä olevien masennuksen ehkäisykeinojen arviointi ja niistä tiedottaminen. Vastuutahona tässä osahankkeessa oli THL (*osahanke 2.1.1*).

THL julkaisi vuonna 2009 oppaan ennaltaehkäisevän työn ja varhaisen puuttumisen avuksi ”Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille”. Siinä esiteltiin myös Masto-hanketta ja sen teemoja. Opas löytyy THL:n verkkosivuilta (www.thl.fi).

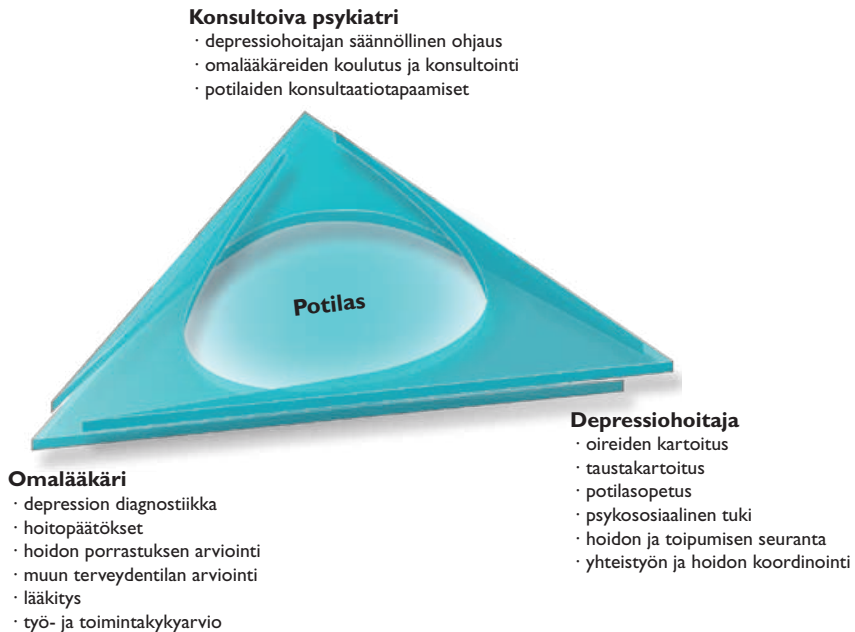
Vuonna 2009 päivitetystä depression Käypä hoito -suosituksesta todettiin, että depression ilmaantumisesta on osin mahdollista ehkäistä psykologisten interventtioiden kuten ryhmämuotoisen depressiokoulu-interventtioiden avulla, mutta näiden vaikuttavuus on enintään kohtalainen. Depressioita voitaneen ehkäistä myös terveiden elintapojen avulla (kohtalainen määrä liikuntaa, työstressin ja työkuormituksen vähentäminen, humalajuomisen ja alkoholin liikakäytön välttäminen).

Masto-hankkeessa pyrittiin edistämään *ryhmämuotoista depressiokoulutoimintaa* yhteistyössä Suomen Mielenterveysseuran kanssa (kts. kohta 4.2.4). Depressiokoulutoiminta oli myös esillä Masto-hankkeen, STM:n sosiaali- ja terveystalvemuokseiston ja THL:n järjestämän viidennen valtakunnallisen depressiofoorumin ohjelmassa marraskuussa 2010. Kooste depressiofoorumin

puheenvuoroista ja esityksistä julkaistiin Masto-hankkeen sivuilla (hankkeen päätyttyä aineisto löytyy osoitteesta www.stm.fi/seminaarit/Mastohanke).

4.3.2 Kolmiomallilla tehoa depression hoitoon terveyskeskuksissa

Depression hoidon kolmiomalli - ja siihen liittyvä depressiohoitajatoiminta - tehostaa varhaista hoitoa ja aktiivista seuranta perusterveydenhuollossa (kuvio 12). Kolmiomalli on kehitetty Vantaan perusterveydenhuollossa. Se on ollut käytössä ja osoittautunut toimivaksi Vantaan lisäksi muun muassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Omalääkärin, sairaanhoitajan ja erikoislääkärin yhteistoiminnan tehokkuudesta on myös tutkimusnäyttöä. Depression hoidon kolmiomallia voidaan muokata erilaisiin alueellisiin olosuhteisiin sopivaksi. Oleellista on säilyttää sovelluksissa psykiatrinen asiantuntemus ja kohdistaa hoito depression.



Kuvio 12. Depression hoidon kolmiomalli perusterveydenhuollossa

Lähde: STM 2010

Depressiohoitajatoiminnan tukeminen

Depressiohoitajatoiminnan levittäminen kuului osana Masto-hankkeen toimintaohjelmaan (osahanke 3.2.1). Masto-hanke tuki depressiohoitajatoimintaa tuottamalla suomen- ja ruotsinkielisen Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa -esitteen (STM:n esitteitä 2010:1). Esitettä levitettiin laajasti (noin 10 000 kpl) terveyskeskuksiin ja muille mielenterveystyön kehittämistä kiinnostuneille tahoille. Materiaalia on käytetty myös koulutuksissa. Esite on julkaistu myös verkossa osoitteessa www.stm.fi/julkaisut.

Masto-hanke järjesti depressiohoitajatoimintaa käsitelleet tietoisikut vuonna 2010 Sairaanhoitajapäivillä, Mielenterveysmessuilla ja depressiohoitajien

vuotuisilla koulutuspäivillä. Teema oli myös keskeisesti esillä viidennen valtakunnallisen depressiofoorumin ohjelmassa marraskuussa 2010.

Keväällä 2011 Masto-hanke lähetti Webropol-kyselyn lähes sadalle depressiohoitajana työskentelevälle henkilölle. Kyselyssä kartoitettiin muun muassa depressiohoitajien nykyistä tehtäväkuva. Tuloksia raportoidaan vuoden 2011 aikana ja niitä käytetään depressiohoitajatoiminnan kehittämiseksi.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli 2009) suosittelee kaikkiiin terveyskeskuksiin depressiohoitajatyömallia ja perusterveydenhuollon toiminnan vahvistamista psykiatrisella konsultaatiotuelle. Sen toimeenpanosta vastaa THL. Masto-hanke on ollut edustettuna toimeenpanon ohjausryhmässä.

Suositus ammattikorkeakouluille

Depressiohoitajien koulutus on tällä hetkellä vaihtelevaa ja sattumanvaraista. Osana Masto-hanketta julkaistiin syksyllä 2010 hankkeen verkkosivuilla myös suositus depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelmaksi (hankkeen päätyttyä se löytyy osoitteesta www.stm.fi/depressiohoitajasuositus). Suositus vastaa työelämästä nousseeseen tarpeeseen. Sen tarkoituksena on toimia suosituksena ammattikorkeakoulujen depressiohoitajakoulutukselle. Suositus on laadittu STM:n ja Suomen sairaanhoitajaliiton mielenterveyshoitotyön asiantuntijaryhmän yhteistyönä.

Depressiohoitajakoulutus on tarkoitettu jo työelämässä oleville sairaanhoidajille, joilla on aiempaa kokemusta työskentelystä mielenterveyspotilaiden ja heidän läheistensä kanssa psykiatrian alueella ja joiden työnantaja sitoutuu koulutukseen ja sen sisältämään depressiohoitajatoiminnan kehittämiseen työpaikalla. Koulutuksen tärkeimmät tavoitteet liittyvät vuorovaikutustaitojen ja työntekijän tietoisuuden ja näyttöön perustuvan työskentelyn kehittämiseen.

4.3.3 Alkuvaiheen hoitoon vaikuttavuutta psykoterapian keinoin

Julkisessa terveydenhuollossa pitäisi olla mahdollisuus tarjota depression alkuvaiheen hoitona tarpeenmukaista vuorovaikutuksellista hoitoa. Ensimmäisen portaan vuorovaikutuksellista hoitoa voidaan toteuttaa terveyskeskuksissa tehokkaasti esimerkiksi juuri depressiohoitajatoiminnan tai ryhmämuotoisten depressiokoulujen avulla (kuvio 13).

Lyhytpsykoterapia osaksi julkisen sektorin toimintaa

Mikäli ensimmäisen portaan vuorovaikutuksellinen hoito ei ole riittävää, toisen portaan vuorovaikutuksellista hoitoa ovat spesifit aikarajoitteiset lyhytpsykoterapiat (kuvio 13). Osana laadukasta akuuttivaiheen hoitoa masennuspotilaalla pitää olla mahdollisuus Käypä hoito -suosituksen mukaisesti vaikuttavaksi osoitettuun määräaikaiseen, fokuoituun lyhytpsykoterapiajaksoon.

3. Monimuotoinen psykiatrinen kuntoutus ja hoito:

- kuntoutuspsykoterapia
- toiminnallinen kuntoutus
- kuntoutuskurssit
- erityisterapiasovellukset
- verkostoyhteistyö

2. Näyttöön perustuvat lyhytpsykoterapiat:

- kognitiivis-bahavioraaliset (KBT) 10–20 käyntiä
- interpersoonaliset (IPT) 12–16 käyntiä
- psykodynaamiset 15–25 käyntiä

1. Varhainen tuki peruspalveluissa (6–8 vk):

- alkukartoitus
- säännölliset tapaamiset: psykoedukaatio, kognitiiviset ja voimavarakeskeiset työkalut
- seuranta ja tuki jatkuu läpi masennuksen hoidon ja kuntoutuksen, myös portaissa 2 ja 3
- työssäjatkamisen ja työhönpaluun tukitoimet
- ammatillinen kuntoutus

Kuvio 13. Psykososiaalisen hoidon portaat

Lähde: Mukaillen Tuisku ja Rossi 2010

Vaihtoehtoina voivat olla interpersoonalinen psykoterapia, IPT (12–16 tapaamista viikottain), kognitiivinen lyhytpsykoterapia (10–20 tapaamista viikottain) tai fokusoitu psykodynaaminen lyhytpsykoterapia (15–25 tapaamista viikottain). Aikarajoitteinen, fokusoitu lyhytpsykoterapia on monelle lievältä tai keskivaikeasta masennustilaista kärsivälle potilaalle soveltuva hoitomuoto joko yksinään tai lääkehoitoon yhdistettynä. Käytännössä vaikuttavaksi osoitetun psykoterapian järjestäminen osana masennuksen akuutin hoidon kokonaisuutta on puutteellista.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian vuonna 2006 järjestämässä psykoterapian konsensuskokouksessa paneeli esitti, että resurssien järkevän käytön näkökulmasta psykoterapeuttinen hoito olisi syytä aloittaa pääsääntöisesti lyhyellä hoitomuodolla ja kohdentaa pitkät hoidot niille potilaille, joiden toipuminen edellyttää pidempää terapeuttista työskentelyä.

Psykoterapian kehittämistarpeita

Masto-hanke järjesti keväällä 2008 asiantuntijaseminaarin, jonka teemana oli ”Psykoterapeuttiset menetelmät masennuksen hoidossa”. Tilaisuudessa keskusteltiin alustusten pohjalta keinoista edistää psykoterapeuttista osaamista ja määrääikaisten psykoterapiamenetelmien käyttöä osana akuuttivaiheen hoitoa. Tilaisuudessa kuultiin asiantuntijapuheenvuoroja Espoon kaupungilta, Helsingin kaupungilta sekä Pohjanmaalta psykoterapeuttisen osaamisen vahvistamisesta perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa.

Psykoterapiaan liittyvät aiheet olivat keskeisesti esillä myös viidennessä valtakunnallisessa depressiofoorumissa marraskuussa 2010. Foorumin

paneelissa teemana oli ”Lyhytpsykoterapia toimivaksi osaksi julkisen terveydenhuollon toimintaa”. Paneelissa todettiin, että kyseessä on Käypä hoito -suituksen mukainen vaikuttava hoitomuoto, joka pitäisi saada kentälle. Esille nostettiin mm. täydennyskoulutustarpeet ja johtamiseen liittyvät käytännöt.

Kysely kunnille ja sairaanhoitopiireille psykoterapeuttisen hoidon saatavuudesta

Kunnille ja sairaanhoitopiireille vuodenvaihteessa 2009–2010 lähetetyllä elektronisella kyselyllä kartoitettiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon Käypä hoito -suituksen mukaisia lyhytpsykoterapiapalveluita depression hoidossa ja myös hoidon ja kuntoutuspsykoterapian saumattomuutta (*osahanke 3.3.1*). Kartoituksen tekemiseen osallistuivat Masto-hankkeen lisäksi myös STM:n sosiaali- ja terveystalvulosasto ja THL:n mielenterveys- ja päihdepalvulut osasto.

Webropol-kysely lähetettiin terveystalvuskusten ylläkkäreille ja sairaanhoitopiirien psykiatrisesta toiminnasta vastaaville henkilöille lukuun ottamatta Ahvenanmaata. Kysely pyydettiin välittämään psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalveluista vastaavalle henkilölle. Kyselyssä selvitettiin organisaation lyhytpsykoterapiapalveluita ja -resursseja sekä lyhytpsykoterapiaan liittyvää täydennyskoulutustoimintaa. Kyselyyn vastanneet organisaatiot kattoivat 19 sairaanhoitopiirin alueelta 198 kuntaa ja 76.5 prosenttia koko väestöstä.

Keskeisiä tuloksia

Kyselystä kävi ilmi, että erityisesti koulutetun henkilökunnan riittävydessä on puutteita, vaikka suhteellisen lyhyellä täydennyskoulutuksella olisi riittävät psykoterapiataidot saavutettavissa.

Lähes kaikki suuret organisaatiot (vastuuväestö yli 50 000) ja kaksi kolmasosaa muista organisaatioista (vastuuväestö alle 20 000 tai 20 000–50 000) kykenivät tarjoamaan lyhytpsykoterapiaa osalle masennuspotilaista (taulukko 2). Psykoterapiaan koulutettua henkilökuntaa oli riittävästi vain kolmanneksessa pienistä organisaatioista (vastuuväestö alle 20 000) ja yhdessä neljäsosassa muista organisaatioista. Täydennyskoulutusta lyhytterapiaan oli järjestetty viimeisen viiden vuoden aikana eniten, yli puolessa, suurista organisaatioista ja jonkin verran muissa. Tuloksia on raportoitu tarkemmin Suomen Lääkärilehdessä (Honkonen ja Vuorilehto 2011).

Taulukko 2. Lyhytpsykoterapian tarjonta depressiopotilaille ja siihen tarvittavan koulutetun henkilökunnan riittävyys 65:ssä erikoissairaanhoidon avohoitoa tuottavassa organisaatiossa, %

	Pienet ¹ organisaatiot N=23	Keskisuuret ² organisaatiot N=17	Suuret ³ organisaatiot N=25
Lyhytpsykoterapiaa tuotetaan omana toimintana	70	65	96
Psykiatrikoulutettua henkilökuntaa on riittävästi	35	24	24
Psykiatrikoulutusta on suunnitteilla	22	29	60

¹Vastuuväestö alle 20 000, ²Vastuuväestö 20 000-50 000, ³Vastuuväestö yli 50 000

Lähde: Honkonen ja Vuorilehto 2011

Täydennyskoulutustarpeita

Erikoissairaanhoidon moniammatillisessa työotteessa lyhytpsykoterapiaan antamiseen ei tarvita Valviran myöntämää psykoterapeutin ammattinimikettä, kunhan käytettävissä on riittävä osaaminen ja työnohjaus. Tämä edellyttää kuitenkin riittävää täydennyskoulutusta.

Masto-hankkeen ohjausryhmässä käsiteltiin lyhytpsykoterapiaan liittyviä täydennyskoulutustarpeita (*osahanke 3.3.2*). Ohjausryhmässä todettiin, että täydennyskoulutuksen osalta ei voi olla standardikoulutusta/toimenpiteitä, koska tarpeet ovat erilaisia eri puolella Suomea. Jos perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö pystytään kuvaamaan hyvin ja oikein, voidaan myös resurssit allokoida oikein. Sairaanhoidopiirit voivat olla hyvinkin oikea paikka täydennyskoulutuksen sisällön kuvaamiseen.

Psykiatrikaa sairaanhoitovakuutuksesta

Yksi toimintaohjelmaan kirjattu osahanke oli ”Savake-työryhmän ehdotusten jatkotyöstäminen” (*osahanke 3.3.3*). Sairausvakuutuksen kehittämistä pohtinut työryhmä (STM 2007b) ehdotti vuonna 2007 sairausvakuutuslain muuttamista siten, että Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 1§:ssä tarkoitettujen nimikesuojattujen psykoterapeuttien antama psykoterapia saatettaisiin sairausvakuutuskorvauksen piiriin. Korvausta maksettaisiin siis muidenkin kuin lääkäreiden antaman psykoterapian kustannuksista. Muiden kuin lääkäreiden antama psykoterapia olisi korvattavaa yksityisessä terveydenhuollossa toimivan lääkärin määräämänä, jos se olisi määrätty sairauden hoidon vuoksi. Lääkärin samalla kertaa määräämä terapia korvattaisiin enintään 15 terapiakäynniltä edellyttäen, että terapia on annettu vuoden kuluessa määräyksen antamisesta. Potilas voisi hakeutua tarpeen tullen uudelleen lääkärin hoitoon terapiasarjan päätyttyä ja lääkäri voi uusaa psykoterapiamääräyksen.

Työryhmä korosti julkisen terveydenhuollon päävastuuta kaikista kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon osa-alueista, myös psykoterapiapalveluista. Työryhmä myös totesi, että julkisen terveydenhuollon järjestämän psykoterapian volyymeista ja kustannuksista tarvitaan lisää tietoa. Vastuun liian laajamittaiseen siirtämiseen julkiselta terveydenhuollolta sairaanhoitovakuutuksen

rahoittamalle toiminnalle liittyy vaara julkisen terveydenhuollon palvelujen vähentämisestä.

Savake-työryhmän ehdotus oli esillä Masto-hankkeen ohjausryhmän kokouksissa, osana mielenterveyspalveluiden kokonaisuuden kehittämistä. Masto-hankkeen ohjausryhmässä palkansaajajärjestöt (Akava, SAK, STTK) kannattivat ehdotuksen eteenpäin viemistä, erityisesti työurien pidentämisen näkökulmasta. Syksyllä 2010 ohjausryhmän kokouksessa todettiin, että Savake-työryhmän ehdotuksen kustannusvaikutukset olivat aikanaan 1–2 milj. euroa; rahoittajina valtio ja vakuutetut puoliksi. Rahaa lisäkustannuksia vaativiin uudistuksiin ei tällä hallituskaudella ole. Savake-työryhmän psykoterapiaa koskevista ehdotuksista meni eteenpäin toinen (HE 68/2010: Kelan harkinnanvaraisen psykoterapian saattaminen Kelassa järjestämisvelvollisuuden piiriin).

4.3.4 Verkkopohjaisia menetelmiä mielenterveystyöhön

Maailmalla on tietotekniikan avulla laajennettu mielenterveyspalveluja niille tarvitsijoille, joilla ei ole muuten pääsyä palvelujen piiriin. Muiden maiden sovellukset eivät kuitenkaan aina suoraan sovellu Suomeen. Suomessa eMental Health valmiudet ovat hyvät, mutta useat tämän alueen projektit ovat jääneet koordinoimatta. Valtakunnallisen mielenterveystyön tietoteknologiastrategian hyödyt voisivat näkyä tuottavuudessa, palveluiden saatavuudessa ja alueellisessa tasavertaisuudessa.

TerveSuomi -portaali

Yksi Masto-hankkeen osahankkeista koski kansalaisten tiedon ja osaamisen lisäämistä terveysportaalia ja muita portaaleja hyödyntäen itseapua, vertaistukeen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön liittyen. Päävastuutahona tässä osahankkeessa oli THL.

TerveSuomi -portaali (www.tervesuomi.fi) tarjoaa THL:lle kansalaisviestinnän kanavan. Portaali on osa SAdE-ohjelmaa (Valtiovarainministeriön Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma). THL hallinnoi keväällä 2009 avattua portaalia ja koordinoi myös sen sisällön tuotantoa. Portaaliin kerätään julkishallinnon, tutkimus- ja asiantuntijalaitosten sekä terveysjärjestöjen tuottamia sisältöjä. Yhteistyötä tehdään laajan verkoston kanssa.

Portaali ei ollut vielä julkaisuvaiheessa valmis, joten työ on keskittynyt tekniseen kehittämiseen. Tekninen kehitysprojekti päättyi helmikuussa 2010. Portaalissa on myös tietoja mielenterveydestä ja masennuksesta. THL on tuottanut Masto-hankkeen aikana lisää näihin teemoihin liittyvää sisältöä.

Palveluohjaus

TerveSuomi -portaalin lisäksi Masto-hanke nosti esiin laajemminkin uutta teknologiaa hyödyntävien verkkopohjaisten menetelmien hyödyntämismahdollisuuksia mielenterveystyössä.

Yksi konkreettinen esimerkki verkkopohjaisesta menetelmästä on KelNet -mielenterveyssivusto, joka löytyy verkko-osoitteesta *mielenterveystalo.hus.fi*. Kyseessä on HUS/Psykiatrian rakentama mielenterveysportaali, joka tarjoaa

- 1) palveluneuvontaa
- 2) luotettavaa tietoa mielenterveyden häiriöistä ja
- 3) turvallista vertaistukea rekisteröityville potilaille (salasanat käytössä).

Sivusto on suunnattu ennen kaikkea oirehtimisen alkuvaiheessa oleville, mutta myös ammattilaisille, jotka voivat sivuston avulla ohjata asiakkaitaan palveluihin. Moderaattorina toimii psykologi. Taustalla on ajatus, että psykiatrinen erikoissairaanhoito kantaa lisääntyvästi kokonaisvaltaista vastuuta alueen mielenterveyspalveluista, tukee perusterveydenhuoltoa ja koordinoi alueen muita toimijoita. Alueen ylilääkäri vastaa viime kädessä sivuston sisällöstä.

KelNet -mielenterveyssivuston kehittämistyö käynnistyi jo vuonna 2006 Hyvinkään sairaanhoitoalueella (KelNet 1). Ajatuksena oli koota sivustolle kattava tieto Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrisista palveluista. Sivustoa kehitettiin yhdessä alueellisten toimijoiden kanssa. Mukana oli myös kolmas sektori.

Vuonna 2009 avatun sivuston omistaa HUS. Kehittämistä on rahoitettu Etelä-Suomen lääninhallituksen ja HUS:n projektirahoituksella (2007-2009). Portaali on toiminut Hyvinkäällä vuodesta 2009 lähtien ja Peijaksen alueella vuodesta 2010 lähtien. Kaste-rahoituksen turvin KelNet 1 on leviämässä Jorvin alueelle ja Helsinkiin. Toistaiseksi on vain vähän tietoa siitä, miten palvelunkäyttäjät kokevat sovelluksen. Sovelluksen ajan tasalla pitämisestä vastaa tietty tehtävään sovittu psykologi. Palvelutarjoajilla on myös oma liittymä ja he päivittävät säännöllisin välein tietojaan.

Verkkoterapia

KelNet -mielenterveyssivuston kehittämisessä ensilinjassa on jo valmis psykiatrinen palveluportaali HUS-Mielenterveystalo (KelNet 1). Seuraavaksi valmisteilla on verkkoterapioita keskeisiin psykiatrisiin häiriöihin (KelNet 2).

KelNet 2:n yhteydessä tuotetaan lähes kokonaan automatisoitu, valtakunnalliseksi soveltuva ja tietoturvallisesti Internetin kautta tapahtuva mielenterveyspalvelujen palvelusto. Verkkoterapiahanke toteutuu vaiheittain. Ensimmäisenä valmistuu testattavaksi sosiaalisen ahdistuneisuuden terapiaohjelma. Verkkoterapian kehittäminen masennukseen käynnistyi vuoden 2010 aikana ja valmistuu testattavaksi vuonna 2011.

Verkkoterapia täyttää aukon psykiatrisissa hoitoketjuissa. Lievät ja keskivaikeat ahdistuneisuus- ja masennushäiriöpotilaat saavat julkisissa palveluissa pääosin lääkehoitoa, vaikka osalle kannattaisi tarjota myös psykoterapiaa.

Tietokonepohjaiset psykoterapiaohjelmat soveltuvat parhaiten lievimistä ja keskivaikeista ongelmista kärsiville. Nämä potilaat kuuluvat perusterveydenhuoltoon, mutta jäävät osin nyt hoitamatta. Kognitiivisbehavioraalinen terapia

(CBT) on strukturoitua, aikarajallista ja edukationaalista ja se sopii hyvin automatisoitavaksi.

Potilaalle hyötyjä tuottaa mm. yhdenmukainen ja laadukas toteutus, voimaantuminen, käyttömahdollisuus missä ja milloin vain (24/7), hoitoon haakeutumisen kynnyksen madaltuminen ja alueellisen tasa-arvon lisääntyminen. Käyttäjät voi itse säädellä nopeutta ja istunnot voi tehdä pätkittäin.

Terveystieteiden tutkimuskeskukseen hyötyjä voivat olla mm. seuraavat asiat: vähentää työkuormaa, helpottaa hoitojen vertailtavuutta ja tutkimista, hoitoja voidaan tarjota missä ja milloin vain. Osa internet-pohjaisista psykoterapiamenetelmistä on todettu yhtä tehokkaiksi tai jopa tehokkaammiksi kuin kasvokkain tapahtuva CBT.

Masto-hankkeen tuki toiminnalle

Masto-hanke tuki verkkopohjaisten menetelmien kehittämistä ja levittämistä Suomessa (*osahanke 1.1.1*). Hanke järjesti useita tähän teemaan liittyviä työkokouksia, joihin osallistui STM:n, THL:n ja HUS Psykiatrian edustajia. Asia oli esillä myös ohjausryhmän kokouksessa kesäkuussa 2010. Tuolloin kuultiin asiantuntijoina KelNet -sivuston kehittäjiä (liite 4)

Työkokouksien tuloksena sovittiin, että THL:n mielenterveys- ja päihdepalvelut osaston asiantuntijat osallistuu jatkossa KelNet -mielenterveys sivuston sisällöntarkistukseen. Lisäksi sovittiin, että uutta teknologiaa hyödyntävät verkkopohjaiset menetelmät mielenterveystyössä -teema liitetään osaksi vuosittain päivitettävän kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli) toimeenpanosuunnitelmaa.

Teema oli keskeisesti esillä myös viidennen valtakunnallisen depressiofoorumin ohjelmassa ja sen yhteydessä järjestetyssä tiedotustilaisuudessa. Sen myötä KelNet -sivuston kehittäjien yhteistyö käynnistyi myös SADe-ohjelman sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden kehittäjien kanssa THL:ssä. Tulevaisuudessa verkkopohjaisten menetelmien hyödyntämisessä mielenterveystyössä keskeistä on koordinointi, rahoitus ja valtakunnallinen levittäminen.

4.4 TOIMIVIA KUNTOUTUSPOLKUJA JA TUKEA TYÖHÖN PALUUSEEN

Mitä pitempään työntekijä on poissa työstä sairauden vuoksi, sitä vaikeampaa on työhön palaaminen. Jos sairauspoissaolo jatkuu yli puoli vuotta, työhön palaa vain 50 prosenttia masentuneista. Sairauspoissaolon pitkittyessä vuodeksi, on työhön palaajia enää neljännes.

Masennuksesta toipuvan toimintakyky palautuu usein oireiden häviämistä hitaammin. Toipilasaika pitäisikin tarvittaessa huomioida työnkuvassa. Jos masennuksesta toipuva työntekijä ei kykene entisiin tehtäviinsä, mahdollisista työhön paluuta tukevista tilapäisistä tai pysyvistä *työjärjestelyistä* voidaan sopia työterveysneuvottelussa.

Asteittaista työhön paluuta voidaan helpottaa tietyin edellytyksin esimerkiksi *osasairauspäivärahan* tai *ammattillisen kuntoutuksena toteutettavan työkokeilun* avulla. Ammatillisen kuntoutuksen avulla on Suomessa saatu hyviä tuloksia mielialahäiriöistä kärsivien henkilöiden työhön paluun tukemisessa.

Osatyökyvyttömyyseläkkeet ovat yksi keino tukea osittain työkykyisten työssäkäyntiä. Niitä voidaan käyttää sekä työkyvyn heikkenemis- että palautumisprosessissa.

4.4.1 Osasairauspäivärahan varhentaminen

Masennuksesta ja muista sairauksista toipumisen jälkeistä työhönpaluun kynnystä madaltamaan on vuoden 2007 alusta lähtien ollut käytettävissä uusi sairausvakuutusetus, osasairauspäiväraha. Etuuden tarkoituksena on edistää työkyvyn palautumista, työssä jaksamista ja työuralla pysymistä. Osa-aikatyö ei saa vaarantaa työntekijän terveyttä ja toipumista.

Oikeus osasairauspäivärahaan koskee sekä palkansaaajia että yrittäjiä. Järjestelmä on vapaaehtoinen, ja paluun kokoaikaiselta sairauslomalta osa-aikaiseen työhön pitää aina perustua työntekijän suostumukseen. Lähtökohtana ovat omat työsopimuksen mukaiset tehtävät normaalia lyhyemmän ajan. Jos työntekijä pystyy tekemään vain osan normaaleista tehtävistä, voidaan sopia muiden kuin normaalien työtehtävien hoitamisesta.

Osasairauspäiväraha tukee työkyvyttömän henkilön jatkamista työssä ilman kokoaikaista poissaoloa omavastuuajan jälkeen tai palaamista omaan kokoaikaiseen työhönsä. Työnantaja sopii työntekijän kanssa siirtymisestä osa-aikaiseen työhön, jos työntekijä haluaa siirtyä osasairauspäivärahalle. Lain valmisteluun osallistuneet asiantuntijat arvioivat noin 9 000 työikäisen käyttävän vuosittain uutta etuutta. Osasairauspäivärahan käyttö jäi aluksi kuitenkin odotettua vähäisemmäksi.

Lain säätämisen yhteydessä sovittiin seurannasta, jonka toteuttavat Kela ja Työterveyslaitos. Työterveyslaitos ja Kela ovat selvittäneet myös osasairauspäivärahaa saaneiden henkilöiden kokemuksia kyselytutkimuksella. Vastaajat kokivat osasairauspäivärahan edistäneen toipumista ja suurin osa heistä palasi kokoaikaiseen työhön. Näin tapahtui sitä paremmin, mitä lyhyempi oli osa-aikaista työntekoa edeltänyt kokoaikainen sairauspoissaolo. Noin kolmannes kyselytutkimukseen osallistuneista oli saanut osasairauspäivärahaa jonkin mielenterveyden häiriön perusteella. Mielenterveyshäiriöissä työaika lyhennettiin erityisesti lyhentämällä työviikkoa, kun taas muissa sairauksissa käytettiin enemmän lyhennettyä työpäivää.

Masto-hankkeen yhtenä tavoitteena oli parantaa osasairauspäiväraha-mahdollisuuden käytön edellytyksiä. Lainsäädännön muutostarpeen arviointi kirjattiin Masto-hankkeen toimintaohjelmaan. Esitystä valmisteltiin Sata-komiteassa.

Vuoden 2010 alusta omavastuu-aika on ollut sairastumispäivä ja yhdeksän sen jälkeistä arkipäivää, käytännössä siis kaksi viikkoa. Omavastuu-aikaa ei ole, jos osasairauspäiväraha jatkuu välittömästi sairauspäiväraha- tai

kuntoutusrahakauden jälkeen. Osasairauspäivärahaa myönnetään vähintään 12 päivälle ja enintään 72 päivälle. Uudistuksessa aiempi 60 päivän karenssi lyheni. Lisäksi jos työnantaja maksaa työntekijälle osasairauspäiväraha-kaudelta työkyvyttömyyttä edeltävän kokoaikaisen työsuhteen perusteella määräytyvää täyttä sairaajan palkkaa vastaavaa palkkaa, maksetaan osasairauspäiväraha työnantajalle.

Karenssin lyhentämisen jälkeen etuutta on käytetty entistä laajemmin. Vuonna 2010 osasairauspäivärahan käyttö kaksinkertaistui edelliseen vuoteen verrattuna.

Masto-hankkeen kysely 2010

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen teettämän kyselyn tavoitteena oli selvittää osasairauspäivärahan ja yhteisesti sovittujen työhön paluuta tukevien toimintatapojen soveltamista työpaikoilla. Masto-hankkeen tilaaman kyselytutkimuksen suoritti TNS Gallup Oy puhelinhaastatteluina 22.10.–4.11.2010. Haastatteluja tehtiin yhteensä 303. Tutkimuksessa haastateltiin suurten ja keskisuurten (enemmän kuin 100 työntekijää) yritysten ja organisaatioiden henkilöstöhallinnon edustajia tai muita työnantajien edustajia.

Vastaajista 43 prosenttia kertoi, että osasairauspäivärahaa on käytetty. Lisäksi 44 prosenttia suhtautui myönteisesti osasairauspäivärahan käyttöön-ottoon mahdollisen tarpeen synnyttyä.

Suurin osa suurista ja keskisuurista työpaikoista oli käyttänyt osasairauspäivärahaa tai uskoi käyttävänsä tarpeen syntyessä. Kyselyyn osallistuneista pienimmillä työpaikoilla oli vähemmän kokemusta osasairauspäivärahasta. Pienimpien työpaikkojen osuus oli myös verrannollisesti suurin niiden työpaikkojen joukossa, jotka eivät aio käyttää etuisuutta.

Suurin osa niistä vastaajista, joiden yrityksessä tai organisaatiossa osasairauspäivärahaa oli käytetty, katsoi, että sen käyttö hyödyttää työntekijää ja työyhteisöä ja tuo työnantajalle myös rahallista hyötyä. Hyvät kokemukset ja tahto saada käytännön kokemusta olivat myös tärkeitä syitä käyttää osasairauspäivärahaa. Osasairauspäivärahaa käyttävistä yrityksistä tai organisaatioista 68 prosenttia näki sen osana hyvää HR-politiikkaa ja työnantajakuva.

Sairauspoissaolojen seuranta on laajasti käytössä työpaikoilla. Suurin osa (87 %) vastaajista ilmoitti, että käytössä on yhteisesti sovittuja toimintatapoja sairauspoissaolojen seurantaan ja pitkien sairauslomien jälkeiseen työhönpaluuseen. Näistä vastaajista lähes 90 prosenttia kertoi määritelleensä toimintatavat sairauspoissaolojen seurantaan. Sen sijaan vain kaksi kolmasosaa (63 %) on laatinut toimintaohjeet myös työhön paluuseen sairausloman jälkeen.

Pienimmissä yrityksissä oli yhdessä sovittuja toimintatapoja vähemmän kuin suuremmissa. Neljäsosa vastaajista katsoi, että toimiminen tapauskohtaisesti aikaisemman kokemuksen mukaan riittää toimintatavaksi.

4.4.2 Ammatillisen kuntoutuksen keinot käyttöön

Ammatillisen kuntoutuksen tavoite on aina työelämässä jatkaminen terveydellisistä rajoitteista huolimatta. Ammatillisena kuntoutuksena korvataan muun muassa *työkokeiluja* ja *uudelleen koulutusta*. Vuoden 2004 kuntoutusuu-
distuksen tavoitteena oli varhentaa kuntoutuksen aloittamista ja luoda näin edellytykset kuntoutuksen vaikuttavuudelle. Säädökset korostavat kuntoutuksen ensisijaisuutta työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden.

Ammatillisen kuntoutuksen keinoista työhön paluun kynnystä voidaan helpottaa ja aikaistaa erityisesti työeläkelaitoksen, Kelan tai työhallinnon tukemalla työkokeilulla, jonka tarkoituksena on tarjota masennuksesta toipuvalle pehmeä paluu työhön (kuvio 14). Masentuneiden työhön paluu onnistuu parhaiten työntekijän entiseen työhön. Työkokeilu uuteen työhön on yleensä huomattavasti vaativampaa ja voi edellyttää kuntoutujan lähiohjaamiseen kykenevän henkilön apua (esim. työvalmentaja). Työkokeilun kesto on yleensä 3–6 kuukautta. Työhön palaavan toimeentulon maksaa sosiaalivakuutusjärjestelmä, joten masennuksesta toipuva on työkokeilun ajan ylimääräinen resurssi työpaikalla.

Masto-hankkeen toimintaohjelmassa todettiin, että työkokeilujen määrää pitää kasvattaa lisäämällä perusterveydenhuollon, psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon kykyä sen käyttöön.

Osatyökyvyttömyyseläkkeet työssä jatkamisen tukena

Masennusta sairastavat siirtyvät pääasiassa täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle. Osatyökyvyttömyyseläkkeiden osuus on huomattavasti pienempi kuin somaattisiin syihin perustuvissa eläkkeissä.

Osatyökyvyttömyyseläke mahdollistaa työn jatkamisen silloin, kun työkyky ei enää riitä kokoaikaiseen työssäkäyntiin ja osatyökyvyttömyyseläkkeen kriteerit täyttyvät. Osatyökyvyttömyyseläkkeen rinnalle voidaan tarvita samanlaisia tukevia toimenpiteitä kuin työhön palaamiseen liittyvässä työkokeilussa. Yhteistyössä eri toimijatahojen kanssa on varmistettava, että osatyökyvyttömyyseläkkeen saajalla on todellinen osatyönteon mahdollisuus.

≥ 2 vk	60 pv	150 pv
Työhön paluun suunnittelu työpaikalla työterveysneuvottelussa.		
Osasairauspäiväraha Sairausloma voi jatkua osa-aikaisena vähintään 10 päivää (sairastuspäivä + 9 arkipäivää) kestäneen kokopäiväisen sairauspoissaolon jälkeen. Maksetaan 12–72 arkipäivää kahden vuoden aikana.		
	Työhön paluun suunnittelu työpaikalla työterveysneuvottelussa.	
	Työkokeilu työhön paluun tukena (työeläkelaitos, Kela) Yleensä 3–6 kk kuluttua sairauspoissaolon alkamisesta. Maksetaan kuntoutusrahaa. Työaika 4–8 t/pv. Työkokeilun kesto on yleensä 3–6 kk.	
	Työhön valmennus (työeläkelaitos) Pidempikestoinen perehdytys uuteen työhön sijoittumisen tueksi työkokeilun jälkeen.	
	Ammatillinen koulutus (työeläkelaitos) Lisä-, täydennys- tai uudelleenkoulutus, jos työhön palaaminen ei ole mahdollista aikaisemman koulutuksen ja työkokemuksen perusteella.	
	Osakuntoutustuki/osatyökyvyttömyyseläke (työeläkelaitos) Jos työ- ja ansiokyky on alentunut yhtäjaksoisesti vähintään vuoden osatyökyvyttömyyseläkkeen edellyttämällä tavalla.	

Kuvio 14. Ammatillisen kuntoutuksen ajoitus työsuhteessa olevalla

Lähde: Mukaillen Tuisku ja Rossi 2010

Masto-hankkeen toimintaa

Masto-hankkeen toimintaohjelmaan kirjattiin osahanke, jonka tavoitteena oli viestittää terveydenhuollon ammattilaisille osasairauspäivärahan, työkokeilujen ja osatyökyvyttömyyseläkkeiden käytöstä työssä jatkamisen ja työhön paluun tukena (*osahanke 4.3.1*).

Masto-hanke järjesti keväällä 2009 Psykiatripäiville seminaarin, jonka teemana oli ”Tukea masentuneen työkyvylle”. Tilaisuuteen osallistui noin 200 psykiatrian erikoislääkärinä tai psykiatria erikoistuvaa lääkäriä. Palaute oli hyvää. Teemoina olivat psykiatrin ja työterveyslääkärin yhteistyö, hyvät sairauspoissaolokäytännöt sekä ammatillisen kuntoutuksen keinot.

Samat teemat olivat esillä myös Työterveyslaitoksen alueellisella koulutuskierroksella, jonka ensimmäinen vaihe syksyllä 2008 kohdennettiin juuri psykiatreille ja työterveyslääkäreille. Niitä esiteltiin lisäksi muun muassa Kuntoutuspäivillä, Mielenterveystapaamisissa, työeläkeyhtiöiden seminaareissa, HUS Psykiatrian klinikan koulutustilaisuuksissa, YTHS:n mielenterveystyön valtakunnallisilla päivillä ja Lapin mielenterveys- ja päihdepäivillä.

Verkkokeskustelu nosti esiin esimerkkejä osatyökykyisten tilanteesta

Valtionhallinnon Otakantaa.fi-sivustolla järjestettiin marraskuussa 2010 keskustelu suomalaisesta työelämästä ja työkyvyn tukemisesta sekä osatyökykyisyydestä ja työhönpaluusta. Kansalaisilla oli mahdollisuus kertoa keskusteluareenalla mielipiteensä. Keskustelua haluttiin herättää erityisesti seuraavista Masto-hankkeen toiminnassa esillä olleista näkökulmista:

- Onko työpaikallasi sovittu toimintatavoista, joilla esimies voi tarttua ajoissa työssä selviytymisen ongelmiin?
- Millaisia varhaisen työkyvyn tuen keinoja työpaikallasi on?
- Pitäisikö pitkältä sairauslomalta pystyä palaamaan asteittain työhön nykyistä helpommin? Onko työpaikallasi mahdollista palata asteittain työhön?
- Miten työpaikallasi suhtaudutaan osatyökykyisyyteen?

Verkkokeskustelussa painottuivat työelämän kovat asenteet, joista monella oli omakohtaisia kokemuksia. Suhtautuminen osatyökykyisyyteen on kirjoittajien työpaikoilla nihkeää. Erityisesti johdon ja esimiesten asenteilla on iso vaikutus siihen, miten työpaikalla hoidetaan jaksamisen tukeminen ja asteittainen työhönpaluu. Nämä asenteet vaikuttavat myös siihen, miten esimerkiksi osatyökyvyttömyyseläkeläiseen suhtaudutaan. Tämä tuli esiin monessa vastauksessa erityisesti julkiselta puolelta. Muutama kirjoittaja kuittasi työssäjaksamispuheet pelkäksi sanahelinäksi.

Vain muutama vastaaja kertoi, että heidän työpaikallaan osatyökykyisyyteen suhtaudutaan myönteisesti. Näillä työpaikoilla asteittainen työhönpaluu oli mahdollista. Valtaosalla vastanneiden työpaikoista ei ollut sovittu toimintatapoja työssä jaksamisen tukemiseen ja vaikka toimintatavoista olisikin sovittu, keinoja esimerkiksi asteittaiseen työhön palaamiseen ei ollut.

Miten työpaikkasi tukee työn sujumista ja työkykyä? -aiheesta keskusteltiin 11.11.2010 myös Otakantaa.fi-chatissa, jossa kysymyksiin vastasi sosiaali- ja terveysministeri Juha Rehula. Kysymykset koskettelivat muun muassa osatyökyvyttömyyseläkkeen tiukkoja rajoituksia, osatyötä tekevien vähättelyä ja työelämän kovia tuloksia tai ulos -asenteita.

4.4.3 Kuntoutustuella olevien työhön paluun tuki

Osana Masto-hanketta ETK teki selvityksen, jossa tarkasteltiin määräaikaista kuntoutustuella työhön palaamista (Gould, Lampi & Nyman: Työhön paluu kuntoutustuen jälkeen. Työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin perustuva selvitys. ETK:n keskustelualoitteita 2011: 3) (*osahanke 4.4.1*). Selvitys julkaistiin ETK:n verkkosivuilla keväällä 2011.

Vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvistä vajaa puolet siirtyy määräaikaistaloudelle eli kuntoutustuella. Vuonna 2010 työeläkejärjestelmän kuntoutustuella siirtyi noin 10 500 henkilöä. Raportissa selvitettiin kolmen rekisteritietoihin perustuvan erillistarkastelun avulla kuntoutustukien käyttöä ja niiden jälkeistä työllisyyttä. Tarkoituksena oli erityisesti selvittää työsuhteen pysyvyyden merkitystä työhön paluulle kuntoutustuen päätyttyä. Tarkastelu perustui pääosin vuonna 2005 alkaneiden kuntoutustukien ja toisaalta vuonna 2007 päättyneiden kuntoutustukien seurantaan. Tarkastelu koski vain työeläkejärjestelmän kuntoutustukia.

Selvityksen mukaan lähes kaikki nuorten työkyvyttömyyseläkkeet alkoivat kuntoutustukina. Esimerkiksi vuonna 2009 masennuksen perusteella alle 35-vuotiaille myönnettyistä työkyvyttömyyseläkkeistä 99 prosenttia oli kuntoutustukia. Muista sairausryhmistä poiketen masennukseen perustuvissa eläkkeissä kuntoutustukien osuus oli suuri myös vanhemmissa ikäryhmissä. Lisäksi masennukseen perustuvat kuntoutustuet jatkuivat muita pitempään.

Taulukko 3. Kuntoutustuella siirtyneiden osuus kaikista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä vuonna 2009 iän ja sairausryhmän mukaan, %

	Ikäryhmä				Kaikki
	18–34	35–44	45–54	55–62	
Masennus	99	94	76	38	66
Muut mielenterveyden häiriöt	90	72	58	15	58
TULE-sairaudet	98	90	64	21	38
Muut sairaudet	82	70	47	19	36
Kaikki	91	80	59	22	44

Lähde: Gould ym. 2011

Kuntoutustukien osuus uusista työkyvyttömyyseläkkeistä on 2000-luvulla hiukan kasvanut. Tätä voidaan pitää viitteenä myönteisestä kehityksestä, koska samanaikaisesti kuntoutustukien muuttuminen jatkuvaksi työkyvyttömyyseläkkeeksi on vähentynyt ja kuntoutustuet ovat entistä yleisemmin päät-

tyneet kokonaan. Vuonna 2005 alkaneista kuntoutustuista noin kolmannes päättyi muutaman vuoden kuluessa ilman jatkoeläkettä.

Vain pieni osa kuntoutustuelle siirtyneistä palaa työhön

Vaikka kuntoutustuet jonkin verran aiempaa enemmän päättyvät kokonaan eivätkä muutu jatkuviksi eläkkeiksi, työhön palaavien osuus kaikista kuntoutustuelle siirtyneistä on edelleen pieni. Kaikista vuonna 2005 kuntoutustuen aloittaneista 11 000 henkilöstä 13 prosenttia oli työssä muutaman vuoden kuluttua kuntoutustuen alkamisesta.

Kun työhön paluuta tarkastellaan päättäneistä kuntoutustuista käsin, työllisten osuus on huomattavasti suurempi. Niistä henkilöistä, joiden kuntoutustuki päättyi ilman jatkoeläkettä vuonna 2007, vajaa puolet oli työssä vuoden 2008 lopussa.

Julkisella sektorilla työhön paluu kuntoutustuen jälkeen yleisempää. Kuntoutustukien osuus kaikista uusista työkyvyttömyyseläkkeistä oli yksityisellä sektorilla jonkin verran suurempi kuin julkisella. Työhön palaaminen kuntoutustuen jälkeen näytti kuitenkin onnistuvan helpommin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Julkisella sektorilla kuntoutustuen vuonna 2007 päättäneistä oli seuraavan vuoden lopussa työssä runsas 60 prosenttia ja yksityisellä sektorilla runsas 40 prosenttia.

Työsuhteen pysyvyys auttaa työhönpaluussa

Työsuhteen pysyvyyden on aiemmissa tutkimuksissa todettu edistävän pitkän sairauspoissaolon jälkeistä työhön paluuta. Myös tässä selvityksessä työsuhteen voimassaolo koko kuntoutustukiajan oli selvästi yhteydessä kuntoutustuen jälkeiseen työllisyyteen. Jos työsuhde oli ollut kuntoutustukiaikana voimassa, 85 prosenttia kuntoutustuen päättäneistä palasi työhön. Muussa tapauksessa työhön palanneita oli vain 37 prosenttia (taulukko 4).

Työsuhteen pysyvyys kuntoutustukiaikana oli julkisella sektorilla yleisempää kuin yksityisellä. Tämä selittää osaltaan julkisen sektorin yksityistä paremmin onnistunutta kuntoutustuen jälkeistä työhön paluuta. Kun kuntoutustukiajan työsuhteen voimassaolo otettiin huomioon, julkisen ja yksityisen sektorin välinen ero kuntoutustuen jälkeisessä työllisyydessä pieneni huomattavasti.

Eniten kuntoutustuen jälkeen työhön palaajia tuki- ja liikuntaelinsairauksien ryhmässä

Kaikista kuntoutustuelle siirtyneistä työhön palanneiden osuus oli suurin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella kuntoutustuelle siirtyneillä ja pienin muiden mielenterveyden häiriöiden kuin masennuksen perusteella siirtyneillä. Alle 45-vuotiaana kuntoutustuelle vuonna 2005 siirtyneistä oli vuoden 2009 lopussa työssä tule-sairauksien ryhmässä runsas kolmasosa, masennuksen sairausryhmässä runsas viidennes ja muiden mielenterveyden häiriöiden ryhmässä noin kymmenesosa.

Työsuhteen voimassaolo kuntoutustuen aikana oli tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä yleisempää kuin muissa sairausryhmissä. Kun työsuhteen voimassaolo otettiin huomioon, masennuksen ja tule-sairauksien ryhmässä työhön palanneiden osuuksissa ei ollut eroa. Molemmissa sairausryhmissä työhön palasi lähes 90 prosenttia niistä kuntoutustuen päättäneistä, joilla kuntoutustuki ei muuttunut jatkuvaksi eläkkeeksi ja joilla työsuhde oli ollut kuntoutustukiaikana voimassa. Jos työsuhde ei ollut jatkunut koko kuntoutustukiaikaa, työhön palanneita oli 40 prosenttia kuntoutustuen päättäneistä.

Taulukko 4. Vuonna 2007 päättyneet kuntoutustuet: 31.12.2008 työssä olleiden osuus työnantajasektorin ja kuntoutustuen aikaisen työsuhtetilanteen mukaan, %

	Yksityinen		Julkinen		Kaikki	
	Työsuhde voimassa kuntoutustukiajan		Työsuhde voimassa kuntoutustukiajan		Työsuhde voimassa kuntoutustukiajan	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Sukupuoli						
Miehet	79	36	87	36	81	36
Naiset	82	36	89	43	86	38
Ikäryhmä						
18–34	78	42	(67)	38	76	41
35–44	88	39	92	39	90	39
45–54	81	36	89	46	86	38
55–64	72	24	88	36	80	26
Sairausryhmä						
Masennus	83	40	92	40	89	40
Muut mielenterveyden häiriöt	(85)	33	(73)	33	79	33
TULE-sairaudet	82	38	92	52	86	40
Muut sairaudet	78	32	83	36	80	33
Kaikki	80	36	89	41	85	37
Päättyneiden kuntoutustukien lukumäärä	358	1 953	361	422	719	2 375

() Päättyneiden kuntoutustukien lukumäärä < 20

Lähde: Gould ym. 2011

Lisää työhön paluun tukemista tarvitaan

Kun työkyvyttömyyseläke myönnetään kuntoutustukena, ajatuksena on että kuntoutustuen saaja voisi hoidon ja kuntoutuksen avulla vielä todennäköisesti palata työelämään. Viime vuosina kuitenkin vain noin joka kahdeksas kuntoutustuelle siirtynyt on työssä muutaman vuoden kuluttua kuntoutustuen alkamisesta. Työhön paluu on onnistunut parhaiten silloin, kun kuntoutustuelle siirtynyt on voinut säilyttää työsuhteensa koko kuntoutustukijakson ajan. Kuntoutujalla on ollut työ mihin palata. Haasteellisemmaksi työhön paluu muodostuu, jos työsuhdetta ei enää ole. Erityisesti silloin tarvitaan prosesseja, joissa hoito, kuntoutus ja työhön paluun tuki jatkuvat työelämän kynnyksen yli.

4.4.4 MastDo-kampaja työpaikoille

Masto-hankkeen työpaikkakampanjan tavoitteena oli parantaa työssä jatkamista ja työhön paluuta masennukseen liittyen

- nostamalla aiheeseen liittyviä teemoja julkiseen keskusteluun ja
- lisäämällä tietoisuutta ammatillisen kuntoutuksen ja muista työssä jatkamista tukevista käytännöistä.

"Masennus on sairaus sairauksien joukossa", "Masennusta voidaan hoitaa tehokkaasti", "Varhainen tuki edistää työssä jatkamista", "Masennuksen hoito ja kuntoutus kannattaa sekä taloudellisesti että inhimillisesti", "Työ ja opiskelu tukee toipumista", "Masennustoipilaan toimintakyky palautuu vähitellen: toipilaalla pitää olla mahdollisuus palata työhön asteittain." Nämä olivat viestejä, joita Masto-hanke halusi levittää työpaikoille ja muualle yhteiskuntaan.

Marraskuussa 2010 käynnistyi MastDo-kampanja (*osahanke 4.2.1*), joka viesti konkreettisista keinoista, joiden avulla työpaikoilla voidaan tukea työssä pysymistä ja työhön paluuta sairausloman jälkeen. Kampanjan nimi MastDo on sanaleikki, joka viittaa Masto-kampanjaan sekä viittaa "suoraan" toimintaan. Kampanjan slogan oli MastDo – Tietoa, työkaluja, työkykyä!

Kampanjan suunnitteluryhmässä olivat mukana työmarkkinajärjestöt, Tela, Kansaneläkelaitos, Työterveyslaitos sekä kolmas sektori. Kampanjan kustannuksista vastasi sosiaali- ja terveysministeriö. Viestintäkampanjan toteutuksessa Masto-hanketta avusti viestintätoimisto Kreab Gavin Anderson Oy. Verkkosivuston ja haastekampanjan teknisenä toteuttajana toimi CH5 Finland Oy.

Kampanja jakoi tietoa sekä levitti positiivisia ajattelumalleja kampanjasivuston kautta (www.MastDo.fi). Kampanja oli esillä myös mediassa ja lähestyi työpaikkoja suoraan yhteistyöorganisaatioiden sekä haastekampanjan avulla. Kampanjaa tuki sen aikana lisäksi esimerkiksi läsnäolo tapahtumissa sekä esite- ja muu informaatiomateriaali. Verkkosivusto sekä esitemateriaalit toteutettiin sekä suomen- että ruotsinkielisinä. Verkkosivut pidetään auki vuoden 2011 loppuun.

Kampanja rohkaisi työyhteisöjä sopimaan yhteisistä pelisäännöistä, joiden avulla työkykyongelmiin tartutaan ajoissa ja työelämän joustavuutta lisätään erityisesti osatyökykyisille. Kampanja viesti myös osasairauspäivärahasta, työkokeiluista ja muista masennuksesta toipuvien työhön paluuta helpottavista keinoista. Viestejä edellämainituista aiheista kohdistettiin suoraan työpaikoille: henkilöstöhallinnolle, esimiehille ja henkilöstön edustajille, mutta kampanja herätteli myös suuren yleisön huomiota.

Viestintäkampanjan toteutuksen alkamisaika sidottiin loka- ja marraskuussa 2010 pidettyihin työelämän ja terveydenhuollon tapahtumiin. Messuilla ja tapahtumissa jaettiin informatiivista ja kampanjan sivustolle ohjaavaa esitemateriaalia. Kampanjan aihetta käsiteltiin kampanja-aikana myös muissa foorumeissa, kuten Otakantaa.fi -sivustolla. Maatalousyrittäjien verkkokysely oli myös osa MastDo-kampanjaa.

Näkyvyyttä MastDo-kampanjalle haettiin myös työpaikoille heitetyllä haasteella. Haastekampanja toimi MastDo-sivuston mainoksena ja sen tarkoituksena oli ohjata kävijöitä tutustumaan viestintäkampanjan materiaaleihin. Haastekampanjan tavoitteena oli myös käytännössä mitata, kuinka hyvin yritysten käytettävissä olevat työkyvyn varhaisen tuen ja työhönpaluun mallit tunnetaan ja miten niitä käytetään. Haasteessa mukaan rekisteröityneiden organisaatioiden henkilökunta saattoi käydä Haasteen verkkosivulla antamassa oman arvionsa siitä, kuinka hyvin organisaatiossa oli varauduttu työhyvinvoinnin tukemiseen.

Verkkosivuston vaikuttavuutta voidaan osaltaan arvioida sen kävijämäärien perusteella. Kävijätilastoista voidaan päätellä, että eniten kävijöitä generoi sivuston mainostaminen ja muu maininta useassa kanavassa samanaikaisesti. Sivuston mainokset ja Haasteeseen liittyvät suorapostitukset olivat tehokkaimmat keinot kampanjan markkinoinnissa. Erillisenä kävijätilastopiikkinä voidaan huomata, että tiedote osasairauspäivärahatutkimuksesta herätti kiinnostusta myös sivustoa kohtaan. Termejä selittävä kysymykset & vastaukset -osio nosti sivuston hakukoneloitettavuutta.

Yhteistyökumppaneille toteutettiin MastDo-kampanjan päätyttyä helmikuun lopussa 2011 kysely kampanjasta. Vastauksissa kampanjan visuaalinen ilme ja kampanjamateriaalit saivat positiivista palautetta ja kampanjan aihe koettiin tärkeäksi. Lisäksi kampanjan toteutusta tunnuttiin pitävän onnistuneena ja sen tavoitteita selkeinä. Kritiikkiä saivat mm. kampanja-aika, jota pidettiin liian lyhyenä ja kampanjan näkyvyys, joka olisi etenkin työpaikoilla voinut olla isompi.

Mielenterveysjärjestöjen Paluu työhön -kampanja

Mielenterveysjärjestöt toteuttivat tiedotuskampanjan masennustoipilaan työhön paluun tukemiseksi työyhteisöissä osana toimintaohjelman osahanketta ”Työssä jatkamista ja työhön paluuta tukeva kampanjointi” (*osahanke 4.2.1*).

Kampanjan kohderyhmänä oli naisvaltainen sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöstö. Kampanja jakoi tietoa eri vaihtoehtoista tilanteesta, jossa työhön paluu on ajankohtainen masennuksen jälkeen sekä vaikuttamalla työyhteisön asenteisiin, jotta paluu olisi mahdollisimman onnistunut. Kampanjan saama palaute osoitti, että tiedon tarve on suuri.

Kampanjan perusviesti oli: Työyhteisön toimenpitein voidaan tukea masennustoipilaiden työhön paluuta. Kampanjan sloganiksi valittiin: Voitamme masennuksen! Paluu työhön turvallisella mielin.

Slogan kiteytettiin kolmeksi viestiksi:

- Masennustoipilaan on mahdollista palata turvallisella mielin työpaikalle.
- Työntekijän masennussairaus koskettaa koko työyhteisöä. Sairauden avoin ja asiallinen käsittely lisää yhteisön hyvinvointia.
- Hyvä työyhteisö tukee eri keinoin masennustoipilaan onnistunutta työhön paluuta ja työssä pysymistä.

Kampanjapostikortteja jaettiin laajasti tilaisuuksissa, tapahtumissa ja yhteistyökumppaneiden kautta. Lisäksi tehtiin työyhteisöille suunnattu juliste, jota voi tulostaa kampanjasivuilta (www.paluutyohon.fi). Materiaalia jaettiin myös MastDo-kampanjan yhteydessä.

Kampanja toteutettiin 1.5.–31.12.2010 pääosin Työsuojelurahaston tuella. Hanketta koordinoineen Mielenterveyden keskusliiton yhteistyökumppaneina olivat Suomen Mielenterveysseura ja Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto.

4.4.5 Kuntoutuspsykoterapian lakisääteistäminen

Masennuspotilaan lääkinnällinen kuntoutus on ollut yleensä Kelan tukemaa harkinnanvaraista kuntoutuspsykoterapiaa joko pitempikestoisena (enintään 3 vuotta) tai lyhytkestoisena yksilöterapiana.

Kela korvaa psykoterapiaa kahden eri lain, sairausvakuutuslain ja Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain perusteella. Sairausvakuutuksesta korvataan lääkärin antamaa psykoterapiaa. Kuntoutuksena korvataan terapiakoulutuksen saaneen lääkärin, psykologin tai muun psykoterapeuttisen koulutuksen saaneen henkilön antamaa psykoterapiaa.

Kela on tukenut psykoterapiaa harkinnanvaraisena kuntoutuksena hoitavan tahon suosituksen perusteella, kun henkilön työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna. Kelan korvaama kuntoutus täydentää kunnille kuuluvaa lakisääteistä mielenterveyspalveluiden järjestämistä. Psykoterapiaa on korvattu kuntoutuksena korkeintaan kolmen vuoden ajan.

Kuntoutuspsykoterapian järjestämisessä ongelmana on ollut rahoituksen riittävyys, kun määräraha on ollut kiinteä mutta kuntoutustarve vaihtelee. Vuonna 2010 Kelan harkinnanvaraista psykoterapiaa sai kaikkiaan 15 757 henkilöä. Heistä 8656:lla päädiagnoosina oli masennus (taulukko 5).

Taulukko 5. Kelan harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneet sairausryhmän mukaan vuonna 2010

Sairausryhmä	Lukumäärä
Masennus F32-F33	8 656
Muut mielialahäiriöt	1 403
Neuroosit F40-F48	4 629
Persoonallisuus- ja käytöshäiriöt F60-F69, F90-F98	504
Psykoosit F20-F29	174
Muut pääryhmään V kuuluvat sairaudet	238
Somaattinen sairaus ja mielenterveyden häiriö	153
Yhteensä	15 757

Lähde: Kansaneläkelaitos

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian keväällä 2006 järjestämässä psykoterapiaa koskevassa konsensuskokouksessa ehdotettiin kuntoutuspsykoterapian siirtämistä Kelassa harkinnanvaraisesta

kuntoutuksesta järjestämisvelvollisuuteen. Samaa ehdotti myös STM:n Savake-työryhmä vuonna 2007 (STM 2007b) ja Sata-komitea (STM 2009b).

Kuntoutuspsykoterapiaa koskevat lainmuutostarpeet kirjattiin myös Masto-hankkeen toimintaohjelmaan (*osahanke 4.1.1*). Omavastuuosuuden suuruuden todettiin voivan muodostua osalla kuntoutujista psykoterapian esteeksi. Samoin todettiin, että kuntoutuspsykoterapiaa esimerkiksi nuoruusiässä jo kerran saaneella tulisi olla mahdollisuus myöhemmin elämässään myös tarpeenmukaiseen uuteen kuntoutuspsykoterapiajaksoon. Toimintaohjelmassa myös todettiin, että kuntoutuspsykoterapian käytön ongelmat liittyvät muun muassa ohjausjärjestelmään.

Hallituksen politiikka- ja kehysriihessä 2009 sovittiin, että kuntoutuspsykoterapia siirretään Kelassa järjestämisvelvollisuuden piiriin. Lainmuutosta valmisteltiin STM:ssä yhdessä Kelan ja Kuntaliiton kanssa. Masto-hanke oli aktiivisesti mukana lainvalmistelussa. Hallituksen esitys (HE68/2010) annettiin eduskunnalle toukokuussa 2010. Eduskunta hyväksyi lakimuutokset, jotka tulivat voimaan 2011 alussa.

Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan mietinnössä (StVM 18/2010) painotettiin, että alkuvaiheen hoidolle asetetut vaatimukset edellyttävät erityisesti julkisen terveydenhuollon, mutta myös työterveyshuollon mielenterveyspalvelujen kehittämistä, jotta potilas pääsee oikea-aikaisesti tarvitsemansa hoidon piiriin, ja että kuntoutuspsykoterapiaan voidaan seuloa ne potilaat, jotka sitä lääketieteellisen arvioin mukaan tarvitsevat ja siitä hyötyvät. Kuntoutuspsykoterapiaa ei voi käyttää keinona siirtää potilas pois julkisen terveydenhuollon vastuulta. Vastuu potilaan kokonaishoidosta ja kuntoutussuunnitelman kokonaisuuden toteutumisesta säilyy uudistuksen jälkeenkin julkisella terveydenhuollolla.

Valiokunta kiinnitti vakavaa huomiota myös alueellisiin eroihin. Työvoiman saatavuuden vaihtelu ja pitkät etäisyydet vastaanotolle karsivat terapian piiristä potilaita, joiden hoito sitä vaatisi. Valiokunta tähdensi, että mielenterveyspalvelujen henkilöresursseista, osaamisesta ja kouluttamisesta on huolehdittava niin, että potilaiden mahdollisuudet saada hoitoa toteutuvat yhdenvertaisesti eri puolilla maata. Koska uudistus lisää psykoterapeuttien tarvetta, koulutuksella on huolehdittava myös terapeuttien saatavuudesta.

Kelan korvaama kuntoutuspsykoterapia vuonna 2011

Harkinnanvaraisen kuntoutuspsykoterapian siirryttyä Kelassa järjestämisvelvollisuuden piiriin vuoden 2011 alussa kuntoutuspsykoterapiaan varatut määrärahat eivät enää rajoita palveluiden piiriin otettavien uusien asiakkaiden määrää. Kuntoutuspsykoterapiaa korvataan kaikille sitä tarvitseville, kuntoutuspsykoterapian kohderyhmään kuuluville vakuutetuille. Lisäksi korvauspäätöksistä on muutoksenhakuoikeus.

Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian saamisen edellytyksenä on, että työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna ja että kuntoutuja on ollut vähintään kolmen kuukauden ajan asianmukaisessa hoidossa joko julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollon yksikössä ja että hänen

arvioidaan hyötyvän terapiasta sen tavoitteiden mukaisesti. Alkuvaiheen hoidon pitää olla laajempaa kuin vain diagnoosin tekeminen tai lausuntoa varten tehdyt lääkärin käynnit.

Kuntoutuspsykoterapiaa korvataan yhdellä päätöksellä enintään 80 kertaa vuodessa yhteensä enintään 200 kertaa. Kolmen vuoden jakson jälkeen kuntoutuspsykoterapiaa voidaan korvata uudelleen erityisestä syystä.

Kuntoutuspsykoterapian kustannukset korvataan valioneuvoston asetuksella vahvistettavan korvaustason mukaan, jonka ylimenevä osuus jää kuntoutujan maksettavaksi. Asetuksessa säädetään korvaustasot erikseen 16–25-vuotiaiden nuorten ja 26–67 -vuotiaiden aikuisten yksilö- ja ryhmämuotoiselle kuntoutuspsykoterapialle sekä perhe- tai paripsykoterapialle.

Kuntoutuspsykoterapian korvaustasot pysyivät 2011 alusta lukien ennallaan. Omavastuuosuuden suuruus voi muodostua osalle kuntoutujista kuntoutuspsykoterapian esteeksi.

Kelassa seurataan jatkossa kuntoutuspsykoterapian toteutumista (asiakasmäärät, sisällöllinen seuranta, varojen kuluminen, kuntoutuspäätökset) ja tehdään sen perusteella tarpeen mukaan kehittämishdotuksia.

Psykoterapeuttikoulutus muutosvaiheessa

Psykoterapiakoulutus on parhaillaan muutosvaiheessa. Valvira asetti psykoterapeuttikoulutuksia arvioivan asiantuntijaryhmän toukokuussa 2010. Sen tehtävänä on arvioida ja antaa Valviralle lausuntoja psykoterapeutin ammatin johtavasta koulutuksesta.

Lisäksi voimaan on tulossa asetusmuutos (31.12.2011), jonka mukaan psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuteen johtavasta koulutuksesta vastaa yliopisto tai yliopisto yhdessä muun kouluttajaorganisaation kanssa. Myös psykoterapeuttikoulutuksen muutosvaiheessa palveluiden riittävä saatavuus pitää varmistaa.

Psykoterapian saatavuuden osalta on tapahtumassa myönteistä kehitystä:

- kuntoutuspsykoterapia on siirtynyt vuoden 2011 alussa Kelassa harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta lakisääteiseksi
- asetusmuutos, jonka mukaan psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuteen johtavasta koulutuksesta vastaa yliopisto tai yliopisto yhdessä muun kouluttajaorganisaation kanssa, tulee voimaan 31.12.2011.

4.4.6 Nuoret ja mielenterveyssyistä myönnetty eläkkeet

Suurin osa suomalaisnuorista voi hyvin. Kuitenkin joka viides nuori kärsii jostain ajankohtaisesta mielenterveyden häiriöstä. Monet mielenterveyshäiriöt alkavat ensi kertaa juuri nuoruusiässä. Yleisimpiä niistä ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, päihde- ja käytöshäiriöt.

Uutta tietoa nuorten mielenterveysperusteisesta työkyvyttömyydestä

Masto-hanke järjesti lokakuussa 2010 nuorten mielenterveyssyistä aiheutuvaan työkyvyttömyyteen liittyneen pyöreän pöydän keskustelun, jossa alustajina oli joukko asiantuntijoita eri hallinnonaloilta. Tavoitteena oli saada faktatietoa, jonka pohjalta toimenpiteitä osattaisiin kohdentaa oikein. Tilaisuudessa kuultiin uutta tietoa muun muassa Eläketurvakeskuksen tilastoista. Näitä tutkimustuloksia on sittemmin raportoitu Työeläke-lehdessä (Gould ja Nyman 2010) ja myös Masto-hankkeen verkkosivuilla, jonne koottiin myös yhteenveto pyöreän pöydän keskustelusta (hankkeen päätyttyä se löytyy osoitteesta www.stm.fi/seminaarit/Mastohanke).

Eläketurvakeskuksen ja Kelan tilastoista käy ilmi, että työkyvyttömyyseläkkeelle jäävillä nuorilla on taustallaan hyvin erilaisia sairauksia. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat lähes 80-prosenttisesti alle 25-vuotiaiden työkyvyttömyyden peruste. 25 vuotta täyttäneillä osuus on enää 30 prosenttia. Tilastojen tulkinnassa pitää huomata se, että näiden häiriöiden ryhmään kirjataan tautiluokituksessa myös älyllinen kehitysvammaisuus.

Älyllinen kehitysvammaisuus onkin yleisin yksittäinen alle 25-vuotiaiden työkyvyttömyyden aiheuttaja (taulukko 6). Muita keskeisiä työkyvyttömyyseläkkeiden syitä ovat mielialahäiriöt ja niistä erityisesti masennustilat sekä skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt. Lievästä kasvusta huolimatta esimerkiksi vuonna 2009 masennusdiagnoosien, 277 kappaletta, osuus oli vain noin 16 prosenttia nuorten työkyvyttömyyseläkkeiden syitä.

Taulukko 6. Työkyvyttömyyseläkkeelle vuonna 2009 siirtyneet alle 25-vuotiaat nuoret työkyvyttömyyden synnä olevan sairausryhmän mukaan

Sairausryhmä	Lukumäärä	%
Mielenterveyden häiriöt	1370	77
Kehitysvammaisuus	401	23
Mielialahäiriöt	376	21
Skitsofrenia ym. psykoottiset häiriöt	300	17
Muut mielenterveyssyyt	293	16
Synnynäiset epämuodostumat	147	8
Hermoston sairaudet	95	5
Vammat ja myrkytykset	63	4
Muut sairaudet	103	6
Kaikki	1778	100

Lähde: Eläketurvakeskus

Nuorimmilla työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kasvu liittyy osittain järjestelmän muutoksiin

Julkisuudessa on keskusteltu paljon alle 30-vuotiaiden nuorten mielenterveyssyistä johtuvan työkyvyttömyyden lisääntymisestä 2000-luvulla.

ETK:n tuoreen selvityksen mukaan (Gould ja Nyman 2010) nuorten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on lisääntynyt 2000-luvun alkuvuosien

jälkeen lähinnä alle 25-vuotiaiden ikäryhmässä ja heistä nimenomaan kaikkein nuorimmassa, 16-vuotiaiden ikäluokassa.

Tämä johtuu Kelan kuntoutusrahalainsäädännön ja sen soveltamiskäytännön muutoksesta. Nuoren kuntoutusraha on 2000-luvun taitteessa käyttöön otettu Kelan etuus. Sitä on maksettu vuoden 1999 elokuusta lähtien alle 18-vuotiaalle työkyvyttömyyden uhkaamalle nuorelle ammatillisen kuntoutuksen varmistamiseksi. Vuonna 2002 ikäraja nostettiin 20 vuoteen.

Työkyvyttömyyseläkkeen sijasta nuori saa pääsääntöisesti kuntoutusrahaa. Kelan myöntämä työkyvyttömyyseläke on yleensä vaihtoehtona nuorelle vasta 20-ikävuoden jälkeen ja näkyy tilastoissa piikkinä 20-vuotiaiden eläkkeelle siirtymisessä.

Kun nuoren kuntoutusraha otettiin käyttöön, erityisesti 16-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen väheni voimakkaasti. Alkuvuosien jälkeen nuoren kuntoutusrahan käytössä alettiin painottaa työelämään sijoittumisen todennäköisyyttä ja vaikeavammaisimmille nuorille alettiin taas myöntää työkyvyttömyyseläkkeitä jo 16 vuoden iässä. Tämä näkyy nousuna eläketilastoissa 2000-luvun puolivälissä.

Nuorimmista harva saa työeläkettä

Työelämän paineet eivät selitä alle 25-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeiden lievää kasvua. Syyt ovat kauempana, sillä työelämän kautta työkyvyttömyyseläkkeelle päätyy vain harva nuori. Alle 25-vuotiaista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä valtaosa saa vain kansaneläkettä. Heillä ei ole ollut minikäänlaista työeläkettä kartuttavaa työsuhdetta ennen eläkkeelle siirtymistä. Työeläkkeiden lukumäärän kasvu painottuu tässä ryhmässä hyvin pieniä eläkkeitä saaviin.

STM:n toimenpiteitä nuorten mielenterveyden ja opiskelukyvyn edistämiseksi

Nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämisessä keskeistä on turvata toimit ja monipuoliset peruspalvelut, jotka ovat mahdollisimman lähellä nuorten arkiympäristöä.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa on ohjattu Suomessa kansallisilla oppailla ja suosituksilla. Asetuksella halutaan taata riittävät ja yhtenäiset palvelut lapsille ja nuorille asuinkunnasta riippumatta. Asetus tuli voimaan 1.7.2009, mutta kunnat saivat siirtymäaikaan järjestää määräaikaisten terveystarkastukset asetuksen mukaisiksi 1.1.2011 mennessä.

Asetuksessa säädetään määräaikaisten terveystarkastuksista neuvolatoinnissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä lasten ja nuorten ehkäisevässä suun terveydenhuollossa. Riittävillä ja säännöllisillä terveystarkastuksilla ja terveysneuvonnalla halutaan tehostaa varhaista tukea ja ehkäistä syrjäytymistä.

Asetus edellyttää, että peruskoulun kahdeksaluokkalaisten laajassa terveystarkastuksessa arvioidaan oppilaan erityiset tarpeet ammatinvalinnan ja

jatko-opiskelun kannalta ja suunnitellaan tarvittavat tukitoimet yhteistyössä muun oppilashuollon kanssa. Asetus velvoittaa tunnistamaan myös muut erityisen tuen tarpeet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja järjestämään tarvittavan tuen viiveettä. Näin päästään ehkäisemään nuorten syrjäytymistä koulutuksesta ja myöhemmin työelämästä. Haasteena on, että kouluterveydenhuollon resursseja vähennettiin kunnissa 1990-luvun laman aikana ja edelleen ne ovat alhaisella tasolla. Opiskeluterveydenhuollon resurssit ovat olleet pitkään suosituksiin nähden liian niukat.

Uusi terveydenhuoltolaki tulee voimaan 1.5.2011. Lakiin sisältyy säännös, jonka mukaan kunnan on järjestettävä terveysneuvonta ja terveystarkastukset myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille.

Laki oppilas- ja opiskelijahuollosta on valmisteilla opetus- ja kulttuuriministeriössä yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Sen tavoitteena on vähentää kuntien välisiä eroja oppilas- ja opiskelijahuollon palveluissa, tukea terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kulttuuria sekä palvella paremmin lasten ja nuorten tarpeita. Uudessa laissa säädettäisiin mm. koulukuraattori- ja koulupsykologipalveluista osana oppilas- ja opiskelijahuoltoa.

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009), jonka toimeenpanoa sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa, on linjattu mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuutta Suomessa vuoteen 2015. Suunnitelmassa korostetaan ennaltaehkäisyä ja matalakynnyksisten mielenterveys- ja päihdevastaanottojen kehittämistä peruspalvelujen yhteyteen. Matalan kynnyksen palveluja, varhaista puuttumista ja tukea tehostetaan myös ministeriön myöntämällä valtionavustuksilla (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, Kaste). Kaste-ohjelmaan liittyy useita alueellisia mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämishankkeita.

Nuorten pitäisi päästä psykiatrisen hoidon piiriin mahdollisimman nopeasti, mikäli peruspalveluissa ei voida tarjota heille riittävää apua. Lainsäädännössä on turvattu psykiatriseen hoitoon pääsy kolmessa kuukaudessa alle 18-vuotiailla. Uudessa terveydenhuoltolaissa tämä ikäraja nostetaan 23:een. Näin myös 18–23 -vuotiaille nuorille turvataan nopea hoitoon pääsy.

Opintotuen ja sairauspäivärahan keskinäistä ensisijaisuutta muutettiin elokuun alusta 2010. Uudistus tukee osaltaan opiskelijoiden kuntoutusmahdollisuuksien varhaista selvittämistä.

Masto-hanke järjesti syksyllä 2009 yhdessä Mielenterveyden keskusliiton kanssa Mielenterveysmessuille seminaarin, jonka teemana oli ”Masennuksen torjunta 2010-luvulla - ajoissa auttamista ja osallisuuden vahvistamista”. Seminaarissa käsiteltiin muun muassa opiskeluterveydenhuollon kehittämishaasteita ja kuultiin muun muassa YTHS:n ja Suomen Ammattiin Opiskellevien liiton SAKKI ry:n puheenvuorot.

5 HANKKEEN SEURANTA

5.1 TOTEUTUSSUUNNITELMAN SEURANTA

Masto-hankkeen ohjausryhmä seurasi kokouksissaan toimintaohjelman osahankkeiden ja toimenpiteiden toteutumista. Osahankkeet toteutettiin suunnitelmien mukaisesti. Myös toimintaohjelmaan kirjatut kuntoutuspsykoterapiaan ja osasairauspäivärahaa koskeneet lainsäädännön muutostarpeet toteutuivat.

Hanke jakoi tietoa työhyvinvoinnin käytännöistä, masennuksen hyvästä hoidosta ja joustavan työhön paluun keinoista. Tietoa levitettiin täydennyskoulutuksissa, alueellisissa tilaisuuksissa, koulutusmateriaalia tuottamalla sekä viestinnän keinoin.

Toimintaohjelma julkistettiin lokakuussa 2008, joten käytännössä toimenpiteiden toteuttamiseen jäi aikaa vain kaksi ja puoli vuotta. Hankkeen keskeisiin tavoitteisiin kuitenkin onnistuttiin vastaamaan (kts. luku 2.2).

Hanke viestitti työpaikoille erityisesti työkyvyn varhaisen tuen ja työhön paluun konkreettisista keinoista (muun muassa osasairauspäiväraha, ammatillinen kuntoutus).

Merkittävä kokonaisuus oli työterveyshuollon toiminnan tukeminen ja siihen liittyen yhteistyökäytäntöjen kehittäminen työpaikan, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Toimivia varhaisen tuen keinoja etsittiin myös yksinyrittäjille ja maatalousyrittäjille.

Huomiota kiinnitettiin myös masennuksen varhaiseen tunnistamiseen ja aktiiviseen hoitoon peruspalveluissa. Laadukkaan alkuvaiheen hoidon edellytyksiä pyrittiin parantamaan erityisesti terveyskeskusten depressiohoitaja-toimintaa vahvistamalla, kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjausten mukaisesti. Asianmukaisen lääkehoidon lisäksi pyrittiin vahvistamaan Käypä hoito -suosituksen mukaisen psykososiaalisen tuen ja psykoterapeuttisen hoidon saatavuutta julkisella sektorilla.

Ammatillisena kuntoutuksena toteutettavien työkokeilujen ja muiden työhön paluun tukikeinojen käytön edistäminen oli toiminnassa vahvasti esillä.

Hankkeen toiminta-aika oli lyhyt ajatellen asenteisiin vaikuttamista ja työpaikkojen toimintatapojen muuttamista. Terveystieteiden huollossa uusien toimintatapojen ja työkalujen juurruttaminen ei myöskään tapahdu nopeasti vaan edellyttää pitkäjänteistä toimintaa. Hankkeen päätösseminaarissa korostettiin, että monien asioiden suhteen saatiin vasta prosesseja käyntiin. Olennaista on, miten nyt hyvin käynnistynyt toiminta saadaan jatkumaan.

Masto-hankkeessa pyrittiinkin alusta saakka varmistamaan, että hankkeessa käynnistetyt toimenpiteet integroidaan osaksi mukana olevien orga-

nisaatioiden normaalia toimintaa. Monet koulutus- ja kehittämishankkeet jatkuvat hankkeen jälkeen muun muassa TTL:n ja THL:n toimintana.

5.2 REKISTERI- JA KYSELYTIEDOT

Tavoitteiden toteutumisen seurantaan käytettiin seuraavia rekisteri- ja kyselytietoja: Työterveyslaitoksen Työ ja terveys Suomessa -haastattelututkimus sekä Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen rekisterit.

Keskeiset indikaattorit liittyivät työhyvinvointiin, sairauspäivärahaan ja työkyvyttömyyseläkkeisiin. Näiden indikaattorien lisäksi seurattiin myös kuntoutuspsykoterapian ja ammatillisen kuntoutuksen kehitystrendejä.

Työhyvinvointi

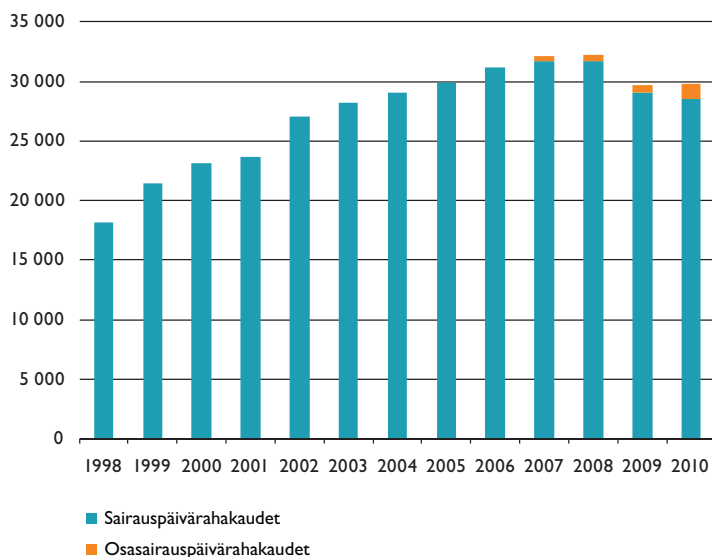
Työ ja terveys -haastattelututkimus on Työterveyslaitoksen kolmen vuoden välein tekemä puhelinhaastattelu. Ensimmäisen kerran tutkimus tehtiin vuonna 1997.

Tutkimuksella kerätään kattavaa seurantatietoa Suomen työssä käyvän väestön työstä, työoloista ja työterveydestä. Vastausaktiivisuus vuonna 2009 oli 59%, yhteensä 2355 vastannutta suomenkielistä työssäolevaa (Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009).

- Erittäin tai melko paljon stressiä koki 8% työssä olevista vuonna 2009. Vuonna 2006 stressiä kokeneiden osuus oli 10%. Erittäin tai melko paljon stressiä kokeneiden määrä on tasaisesti vähentynyt vuodesta 1997 alkaen (16%).
- Työssään joutui kiirehtimään usein 48% työssä olevista vuonna 2009. Vuonna 2006 kiirettä kokevien osuus oli 4 prosenttiyksikköä suurempi (52%).
- Työnsä henkisesti melko tai hyvin rasittavaksi koki 31% työssä olevista vuonna 2009. Vuonna 2006 vastaava luku oli 34%. Työnsä henkisesti raskaaksi kokeneiden osuus on pienentynyt erityisesti vuoteen 1997 verrattuna, jolloin sitä koki 40%.

Sairauspäivä- ja osasairauspäivärahaudet

Vuosina 2007–2010 masennusperusteisten sairauspäivärahauskautien määrä väheni ja osasairauspäivärahauskautien määrä lisääntyi (kuvio 15). Seurannan alkaessa vuonna 2007 sairauspäivärahauskautia alkoi yhteensä 31 676 (taulukko 7). Vuonna 2010 niiden määrä oli laskenut 28 484:een. Osasairauspäivärahauskautia alkoi vuonna 2010 yhteensä 1 315. Osasairauspäivärahan käyttö masennustoipilaiden työhön paluun tukemisessa lähes kaksinkertaistui edelliseen vuoteen verrattuna (taulukko 7).



Kuvio 15. Masennuksesta johtuvat sairauspäivärahakaudet vuosina 1998–2010

Lähde: Kansaneläkelaitos

Taulukko 7. Masennuksen (F32–F33) perusteella alkaneet sairauspäivä- ja osasairauspäivärahakaudet vuosina 2007–2010

	Sairauspäivä- ja osasairaus- päivärahakaudet yhteensä	Sairauspäivä- rahakaudet	Osasairauspäivä- rahakaudet
2007	32 151	31 676	475
2008	32 238	31 705	533
2009	29 640	29 048	592
2010	29 799	28 484	1 315

Lähde: Kansaneläkelaitos

Sairauspäivärahopäiviä korvattiin masennuksen perusteella vuonna 2010 yhteensä 2.3 miljoonaa päivää, kun vielä kolme vuotta aikaisemmin vuonna 2007 korvattiin 2.5 miljoonaa päivää.

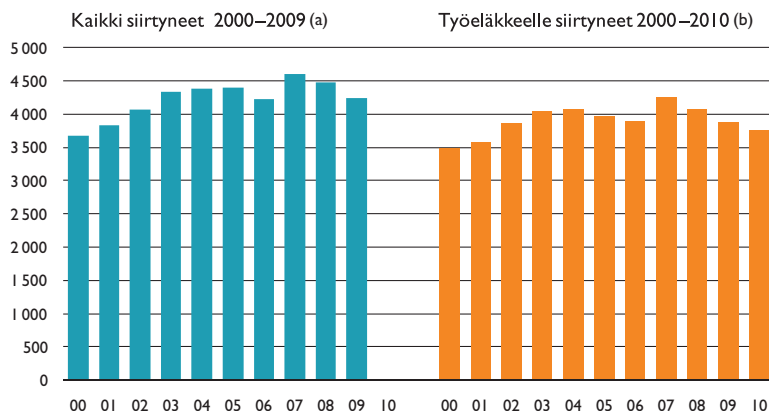
Osasairauspäivärahopäiviä korvattiin vuonna 2010 yhteensä masennuksen vuoksi 62 778. Vuonna 2007 vastaava luku oli 24 086.

Työkyvyttömyys- ja osatyökyvyttömyyseläkkeet

Masennusperusteinen eläkealkavuus kääntyi laskuun seuranta-aikana selvemmin naisilla, mutta myös miehillä alkavuus näytti hiukan vähentyneen (liite 10, liitekuvio 1). Masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden henkilöiden lukumäärä väheni vuoden 2007 jälkeen. Vuonna 2007 masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden kokonaismäärä – jossa ovat siis mukana kaikki työeläkettä ja/tai kansaneläkettä saavat – oli 4 597 henkilöä (kuvio 16 a). Vuonna 2009 vastaava luku oli 4 248. Tietoa vuoden 2010 kokonaismäärästä ei alkuvuodesta 2011 ole vielä käytettävissä.

Työeläkejärjestelmää koskevien tilastojen perusteella masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneiden lukumäärän väheneminen näyttäisi kuitenkin

jatkuneen myös vuonna 2010 (kuvio 16 b). Masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyi *työeläkejärjestelmästä* vuonna 2010 yhteensä 3 761 henkilöä. Vuonna 2007 vastaava työeläkkeelle siirtyneitä koskeva luku oli 4 256 henkilöä.



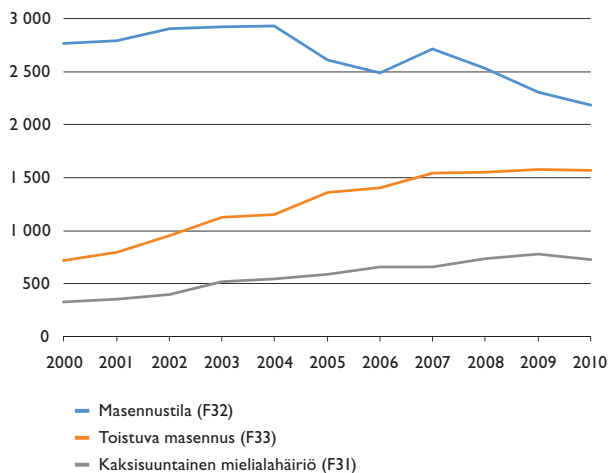
Kuvio 16. Kaikki masennuksen perusteella vuosina 2000–2009 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet (a); työeläkejärjestelmästä masennuksen perusteella vuosina 2000–2010 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet (b)

Lähde: Eläketurvakeskus

Masto-hankkeen seuranta-aikana (2007–2010) masennuksen perusteella työeläkejärjestelmästä eläkkeelle siirtyneiden lukumäärä näyttää vähentyneen nimenomaan vanhemmissa ikäryhmissä (liite 10, liitekuvio 2). Alle 40-vuotiaiden naisten ikäryhmässä masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyneiden lukumäärä näyttäisi myös tasaantuneen, mutta alle 40-vuotiaiden miesten ryhmässä lukumäärä näyttää edelleen kasvavan (liite 10, liitekuvio 2).

Masennuksen perusteella työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkkeitä saavia oli vuonna 2010 noin 35 000. Määrä näyttää viime vuosina tasaantuneen (liite 10, liitekuvio 3). Kaikkiaan masennukseen perustuvalla eläkkeellä oli vuoden 2010 lopussa runsaat 38 000 henkilöä.

Mahdollisten diagnoosiliukumien selvittämiseksi tarkasteltiin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrää koko mielialahäiriöiden ryhmässä. Viime vuosina erityisesti masennustilan (F32) perusteella eläkkeelle siirtyneiden määrä on vähentynyt. Myös toistuvan masennuksen (F33) ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön (F31) perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrän kasvu näyttäisi tasaantuneen (kuvio 17).



Kuvio 17. Mielialahäiriöiden (F31-F33) perusteella vuosina 2000-2010 työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet

Lähde: Eläketurvakeskus

Osatyökyvyttömyyseläkkeelle masennuksen perusteella siirtyminen on seuranta-aikana lisääntynyt, mutta se on edelleen melko vähäistä (taulukko 8). Kaikista masennuksen perusteella eläkkeellä olevista vain kuusi prosenttia oli vuonna 2009 osatyökyvyttömyyseläkkeellä (taulukko 9). Eläketurvakeskuksen tutkimuksen perusteella osatyökyvyttömyyseläkkeet olisivat kuitenkin työssä käynnillä mitattuna toimiva ratkaisu työurien pidentämiseksi. Masennuksen sairausryhmässä kaksi kolmasosaa osatyökyvyttömyyseläkettä saavista käy työssä ja heidän lisäksi runsaat 10% olisi halukkaita työhön (Gould ja Kaliva 2010).

Taulukko 8. Osatyökyvyttömyyseläkkeiden osuus masennuksen perusteella työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä vuosina 2007–2010

	Kaikki masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet, lkm	Näistä osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet, lkm	Osuus, %
2007	4 256	404	9
2008	4 084	484	12
2009	3 880	534	14
2010	3 761	537	14

Lähde: Eläketurvakeskus

Taulukko 9. Osatyökyvyttömyyseläkkeiden osuus masennuksen perusteella työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkkeellä olleista vuosina 2007–2009

	Kaikki masennuksen perusteella työkyvyttömyys- eläkettä saaneet, lkm	Näistä osatyökyvyttömyys- eläkkeellä, lkm	Osuus, %
2007	34 455	1 871	5
2008	35 321	2 020	6
2009	35 424	2 183	6

Lähde: Eläketurvakeskus

Kuntoutuspsykoterapia

Masennuksen perusteella Kelan harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneiden määrä on seuranta-aikana tasaisesti kasvanut sekä aikuisten että nuorten osalta (taulukko 10).

Taulukko 10. Masennuksen perusteella Kelan harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneet vuosina 2007–2010

	Kaikki masennuksen perusteella psykoterapiaa saaneet, lkm	Aikuisten psykoterapiaa saaneet, lkm	Nuorten psykoterapiaa saaneet, lkm
2007	6883	5104	1779
2008	7564	5669	1895
2009	8150	6158	1992
2010	8656	6560	2096

Lähde: Kansaneläkelaitos

Ammatillinen kuntoutus

Kela voi järjestää ammatillista kuntoutusta Kelan kuntoutuslain perusteella, jos kuntoutujan työkyky on olennaisesti heikentynyt tai on olemassa työkyvyttömyyden uhka. Masennuksen perusteella Kelan vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta saaneiden määrä on seuranta-aikana jonkin verran laskenut. Sen osuus Kelan vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta saaneista on sen sijaan hiukan kasvanut ollen 13% vuonna 2010.

Vuonna 2010 Kelan vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta sai masennuksen perusteella yhteensä 1 648 henkilöä (taulukko 11).

Kuntoutustoimenpiteet jakautuivat vuonna 2010 seuraavasti:

- koulutus 497 henkilöä
- Tyk-toiminta (työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus) 215 henkilöä
- kuntoutustarveselvitys/kuntoutustutkimus 269 henkilöä
- työ- ja koulutuskokeilu 117 henkilöä
- työhön valmennus 395
- ammatilliset kuntoutuskurssit 285 henkilöä.

Taulukko 11. Masennuksen perusteella Kelasta vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta saaneet vuosina 2007–2010

Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta saaneet			
	Kaikki saaneet, lkm	Masennuksen vuoksi saaneet, lkm	(%)
2007	15 497	1 743	(11)
2008	14 260	1 771	(12)
2009	12 905	1 637	(13)
2010	12 950	1 648	(13)

Lähde: Kansaneläkelaitos

Työeläkejärjestelmästä kuntoutusmyönnön masennuksen perusteella saaneiden määrä on seuranta-aikana jonkin verran lisääntynyt. Heidän osuutensa kaikista kuntoutusmyönnön saaneista on pysynyt tasaisena (taulukko 12).

Taulukko 12. Masennuksen perusteella työeläkejärjestelmästä kuntoutusmyönnön saaneiden osuus kaikista kuntoutusmyönnoistä vuosina 2007–2010

Työeläkejärjestelmästä kuntoutusmyönnön saaneet			
	Kaikki saaneet, lkm	Masennuksen vuoksi saaneet, lkm	(%)
2007	4 933	788	(16)
2008	5 790	921	(16)
2009	5 875	962	(16)
2010	6 254	988	(16)

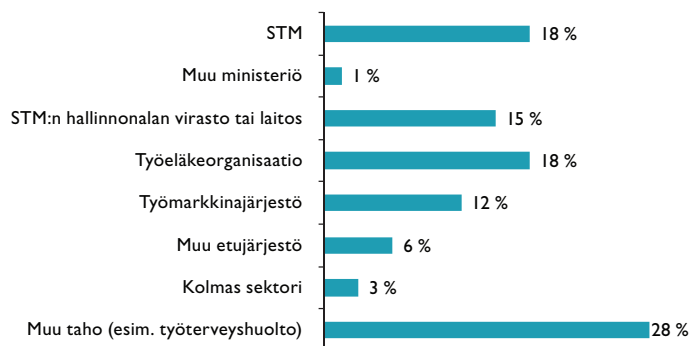
Lähde: Eläketurvakeskus

5.3 SIDOSRYHMÄKYSELY

Hankkeen arvioinnin osana toteutettiin syksyllä 2010 sidosryhmäkysely, joka kohdistettiin hankkeen yhteistyöverkostolle (muun muassa ohjausryhmälle ja osahankkeiden toteuttajille). Yhteistyökumppanina kyselyssä ja ohjausryhmälle järjestetyssä työpajassa oli Net Effect Oy.

Vastaajaprofiili

Kohderyhmä oli 157 henkilöä, joista kyselyyn vastasi 68 henkilöä eli vastausprosentti oli varsin kohtuullinen (43%). Vastaajat edustivat monipuolisesti eri sidosryhmätahoja (kuvio 18).



Kuvio 18. Vastaajien edustamat sidosryhmät

Lähde: Net Effect Oy:n raportti 2010

Yli 70% vastaajista koki tuntevansa Masto-hankkeen ja sen tavoitteet erittäin tai melko hyvin. Yli puolet tunsivat sen tehtyään yhteistyötä hankkeen ja sen toimijoiden kanssa. Toimintaohjelman jonkin osahankkeen toteuttamisessa oli ollut mukana 29%.

Näkemykset hyödyistä

Vastaajista pääosa (78%) piti hanketta hyödyllisenä. Kaikilla neljällä hyötyulottuvuudella (työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämisessä, masennusta ehkäisevässä toiminnassa ja masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa ja masennustoipilaan kuntoutuksessa ja työhön paluussa) yli puolet vastaajista näki hankkeen hyvin tai erittäin hyödyllisenä. Käytännön hyötyjä nähtiin liittyvän erityisesti ennaltaehkäisevään toimintaan, sen konkreettisiin käytänteisiin ja näihin liittyvään yhteistyöhön sekä osasairauspäiväraha-käytäntöjen kehittämiseen.

Kriittisiä näkemyksiä nousi myös esille. Monet vastaajat kokivat, että on liian varhaista ottaa kantaa hankkeen lopullisiin hyötyihin ja vaikutuksiin. Asenteita ja ajattelutapoja on Masto-hankkeen työllä muokattu. Tämä nähtiin monissa vastauksissa erityisen merkittävänä vaikutuksena, vaikka se ei yksinomaan hankkeen ansiota olisikaan. Kyse on useimmiten yhteisvaikutuksesta. Mikäli monet toimenpiteet toimivat yhteisen strategian mukaisesti ennaltaehkäiseviä toimintatapoja vahvistaen ja kehittäen, tämä epäilemättä auttaa myös Masto-hanketta saavuttamaan tavoitteensa tehokkaammin.

Sidosryhmät kokivat, että toiminta työpaikoilla on aktivoitunut ja työterveyshuollossa tieto ja tietoisuus ovat lisääntyneet. Tähän ovat vaikuttaneet monet samanaikaiset toimet ja viestit, yhtenä niistä Masto-hanke. Samalla vastaajat muistuttivat, että paljon on vielä tehtävää ja enemmän ja toimivampia työkaluja tarvitaan työhyvinvointipalvelujen tuottajille ja erityisesti pieniin ja keksisuuriin yrityksiin, jotta voitaisiin tukea työnantajaa tässä vaativassa tehtävässä. Samoin monet vastaajat korostivat yhteistyön tiivistämiseen olevan edelleen tarvetta ja yhteistyötä työpaikkojen, sosiaalityön ja terveydenhuollon sekä työterveyshuollon välillä tarvitaan enemmän. Asennetasolla vaikuttaminen on pitkä prosessi. Jotkut vastaajat pelkäsivät, että työkyvyn varhaisen

tuen käytännöt ovat edelleen jääneet papereihin ja luentoihin enemmän kuin tulleet eleyksi arjeksi työpaikoille.

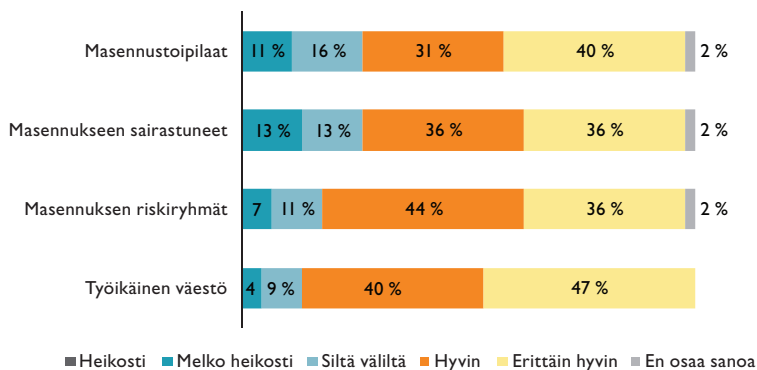
Samalla vastaajat korostivat suhteellisuudentajua ja sitä, että Masto-hankkeen voimavarat ovat vain pieni osa suurta kokonaisuutta. Joidenkin mielestä kohderyhmä ja resurssit olivat alimitoitettut suhteessa tavoitteisiin, joskin toiset hahmottivat Masto-hankkeen juuri verkostotoimintana, jossa kukin toimija tuo omat ja organisaationsa voimavarat ja osaamisen toiminnan tueksi. Silloin muodostuu huomattavasti suurempi kokonaisuus kuin vain osahankkeiden summa.

Masto-hanke oli luonteeltaan verkostohanke siinä mielessä, että siihen sitoutuneet yhteistyötahot ovat mukana erimuotoisin yhteistyötoimin ja toivat mukanaan mm. ohjausryhmätyöskentelyyn oman organisaationsa osaamisen, näkemykset ja voimavarat. Yksi kyselyn tärkeitä tehtäviä oli kartoittaa tämän verkostotyön muotoja ja onnistumista. Useimmat vastaajista kokivat, että ohjausryhmässä oli edustettuna oikeat tahot: 76% vastaajista näki, että väite ”ohjausryhmässä oli edustettuina oikeat tahot” vastasi hyvin tai erittäin hyvin todellisuutta.

Ohjausryhmätyöskentelyn onnistumisen suhteen kuva ei ollut aivan yhtä myönteinen. Kolmekymmentäyhdeksän prosenttia vastaajista näki ohjausryhmän onnistuneen työssään erittäin hyvin tai hyvin. Varsin suuri joukko (35%) ei osannut ottaa kantaa ohjausryhmätyön onnistumiseen. Tämä tosin kertonee enemmän siitä, että moninaisia tahoja edustavat vastaajat eivät ole riittävän lähellä ohjausryhmätyöskentelyä, jotta osaisivat siihen kantaa ottaa.

Kysyttäessä keitä muita tahoja ohjausryhmätyöskentelyyn olisi pitänyt saada mukaan, ehdotuksina esitettiin mm. työterveyshuolto, lääkärijärjestöt (Suomen Lääkäriliitto, Lääkäriseura Duodecim, Psykiatriyhdistys tai Suomen Työterveyslääkäriyhdistys).

Nuorten huomioimista ohjelmatyössä olisi saattanut vastaajien mukaan edistää se, että ohjausryhmätyöskentelyssä olisi ollut mukana oppilaitosten ja koulutusorganisaatioiden laajempi osallisuus. Osa vastaajista näki ohjausryhmän liiankin laajana päätavoitetta ajatellen, joskin asenteenmuokkauksen merkitys tässä suhteessa myös nostettiin esille ja tällöin laaja kokoonpano puolusti paikkaansa.

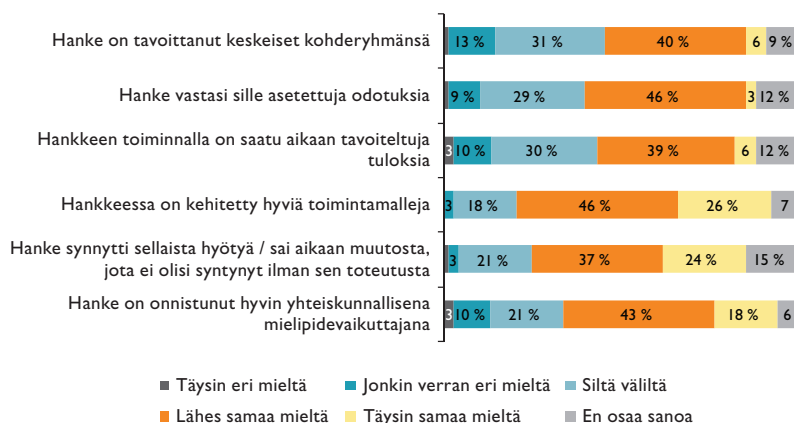


Kuvio 19. Kohderyhmien valinnan onnistuminen

Lähde: Net Effect Oy:n raportti 2010

Masennusperäisen työkyvyttömyyden ehkäisemisessä on luontevaa ja välttämätöntäkin lähteä liikkeelle työikäisten tarpeista. Hankkeen neljän eri osa-alueen kohderyhmien valintaa pidettiin yleisesti ottaen onnistuneena (kuvio 19). Osa vastaajista toi myös esiin näkemyksiä, joiden mukaan masennuksen ennaltaehkäisyyn tähtäävät toimet pitäisi kohdentaa lapsiin ja nuoriin.

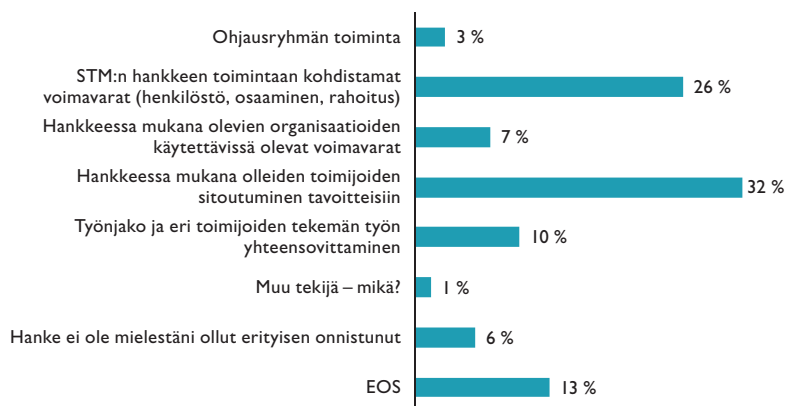
Hankkeen kokonaisarvio oli varsin myönteinen (kuvio 20). Toimintamallien kehittämisessä, lisäarvon synnyttämisessä (muutoksen aikaansaamisessa, jota ei olisi tapahtunut ilman Masto-hanketta) ja mielipidevaikuttajana Masto-hanke onnistui vastaajien mielestä erityisen hyvin. Osalle vastaajista oli vaikea vastata erityisesti kysymykseen siitä, synnyttikö hanke lisäarvoa ja muutosta, jota ilman sitä ei olisi toteutunut.



Kuvio 20. Kokonaisarvio hankkeen onnistumisesta

Lähde: Net Effect Oy:n raportti 2010

Yhteiskunnallisessa keskustelussa ja muutoksessa Masto-hankkeen teemat nähtiin asioina selvästi tärkeitä. Tässä suhteessa erityisen tärkeänä nähtiin toimijoiden sitouttaminen hankkeen tavoitteisiin. Vastaajat myös kokivat, että asia soveltuu hyvin STM:n edistämäksi. Ministeriön kohdistamat voimavarat olivat tärkeitä tavoitteiden saavuttamisessa, oli sitten puhe taloudellisista voimavaroista, henkilöstöstä tai osaamisresursseista (kuvio 21).



Kuvio 21. Onnistumisen tärkeimmät tekijät

Lähde: Net Effect Oy:n raportti 2010

Asennemuutoksessa myös MastDo-kampanjalla oli merkitystä (kuvio 22). Erityisen tärkeänä kampanja nähtiin informaation levittämisessä työnantajille, mikä aiemmissakin kysymyksissä nousi esille merkittävänä lisäarvona ja mihin liittyen lisäponnistukset näyttävät olevan edelleen tarpeen.



Kuvio 22. MastDo-kampanjan viestinnällisten keinojen arviointi

Lähde: Net Effect Oy:n raportti 2010

Miten Masto-hankkeen työtä pitäisi jatkaa?

Hyväksi koettua työtä pitää luonnollisesti vastaajien näkökulmasta jatkaa. Vastaajat olivat yksimielisesti sitä mieltä, että Masto-hanke on saanut liikkeelle asioita, jotka ansaitsevat huomiota jatkossakin. Erillisellä hanketoiminnalla nähtiin omat hyvät puolensa. Erillisenä toimintana asia saa paremmin näkyvyyttä ja henkilöresurssit takaavat sitoutumisen ja tahtotilan viedä asiaa eteenpäin. Kuka tahansa rahoittaja siten onkin, sen on oltava mukana näkyvästi tukemassa asian edistämistä, kuten STM on ollut. Monet peräänkuuluttivat verkostomuotoisen työn jatkamista samalla kun nähtiin, että STM:n tulosohjauksen alaisten organisaatioiden työ on tässä suhteessa tärkeää ja ”oikea kotipesä” masennusperäisen työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi tehtävässä työssä.

Kysymys Masto-toiminnan tulevasta ”kotipesästä” tulkittiin vastaajien joukossa eri tavoin. Avovastauksien valossa oikeana ”kotipesänä” Masto-hankkeen tyypilliselle toiminnalle (mikäli sitä toteutetaan muuten kuin kaikkien eri organisaatioiden ja työpaikkojen omana toimintana) pidettiin joko STM:ää tai Työterveyslaitosta.

Jatkuvuuden merkitystä korostettiin erityisesti Masto-hankkeen puitteissa toteutetun työn vaikuttavuuden parantamiseksi. Vastaajat korostavat tätä sekä menetelmien ja toimintamallien jalkauttamisessa että seuranta- ja näyttötiedon keräämisessä ja hyödyntämisessä.

Verkostotoiminta on luonteva muoto Masto-tyypilliselle laajaa vaikuttavuutta ja yhteiskunnallista sitoutumista edellyttävälle kehitys- ja asennemuokkaustoiminnalle. Vastaajat kokivatkin, että masennusperäisen

työkyvyttömyyden vähentämiseksi tarvitaan kaikkia mahdollisia tahoja ja toimia, jotka tehdään arjen toiminnassa masennuksen tunnistamiseksi, hoitamiseksi ja ihmisten tukemiseksi. Toisaalta koordinaationkin nähtiin olevan tarpeen, koska toimijoita on paljon. Näin verkostoituneen yhteistyön panos saataisiin parhaiten hyödynnettyä. STM:n nähtiin koordinoineen hanketta hyvin. Toisaalta vastaajat korostivat yhteisvastuuta. Mikäli vastuu on jatkossa STM:ssä, ratkaisu ei saa vähentää vastuuta STM:n ohjauksen ulkopuolisilta toimijoilta.

Jatkuvuuden näkökulmasta tärkeäksi koettiin myös seuranta hankkeen päättymisen jälkeen, ts. tutkimustietoa hankkeen kehittämien menetelmien käytöstä. Tämä helpottaisi myös toisen tavoitteen saavuttamista eli näyttö-peräistä päätöksentekoa. Eräs vastaaja muun muassa totesi, että ohjaamisessa pitää keskittyä tuloksia parantaviin päätöksiin. Jotkut kaipasivat lähempää vuoropuhelua myös masentuneiden kanssa. Myös hankkeen loppuvaiheessa ohjausryhmän jäsenille toteutetussa työpajassa koettiin myönteisenä käytännön kokemusten kuuleminen ihmisiltä, jolla on masennuksesta kokemusta. Kasvojen antaminen tälle tärkeälle teemalle nähtiin keinona vaikuttavuuden edelleen parantamiseksi.

Masto-hanke tuki työssä jatkamista ja työhön paluuta edistämällä

- työhyvinvointia lisääviä käytäntöjä
- varhaista tukea työssä selviytymisen ongelmiin
- masennuksen hyvää hoitoa ja kuntoutusta.

Kaikki toimintaohjelmaan kirjatut osahankkeet ja toimenpiteet saatiin toteutetuksi. Masto-hankkeen ohjausryhmä teki seuraavia ehdotuksia jatkotoimiksi:

6.1 TYÖPAIKKOJEN HYVÄT KÄYTÄNNÖT

Varhaisen tuen pelisäännöt työpaikoille

Työkyvyn varhaisen tuen toimintamallin avulla tuetaan työntekijöiden työkykyä. Malli sisältää pelisäännöt työntekijän, esimiehen ja työterveyshuollon yhteistyölle. Työpaikalla yhteistoiminnassa sovitut toimintatavat kannustavat esimiestä ja työntekijöitä tarttumaan työkyvyn ongelmiin ajoissa.

Masto-hankkeen toiminnassa vahvasti esillä olleiden työkyvyn varhaisen tuen ja työhön paluun toimintamallien jalkauttamista pitää jatkaa ja niiden toimivuutta seurata. Samankaltaiset toimintamallit/pelisäännöt sopivat työhön paluun tukemiseksi sairauden luonteesta riippumatta.

Vuoden 2011 alussa voimaan tullut lakimuutos, jonka mukaan ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista maksettavan 60 prosentin korvauksen ehtona on, että työpaikalla ja työterveyshuollossa on sovittu yhteiset tavoitteet ja käytännöt siitä, miten työkyvyn hallintaa, seurantaa ja varhaista tukea toteutetaan, on linjassa Masto-hankkeen työ- ja toimintakykyä tukevien tavoitteiden kanssa.

Työelämäryhmän (ns. Ahtelan ryhmän) 1.2.2010 jätetyn raportin toimenpide-ehdotuksia valmistelemaan perustettiin keväällä 2010 kolme työryhmää, jotka kaikki päättivät työnsä 31.1.2011. Yksi näistä oli STM:n 6.4.2010 asettama työryhmä, jonka tehtävänä oli työterveyshuollon kehittämistä, työterveyshuollon valtakunnallista kattavuutta ja työkyvyttömyysprosessia koskevien esitysten tekeminen. Työryhmä esitti raportissaan, että Kela ja Työterveyslaitos selvittävät 1.1.2011 voimaan tulleen sairausvakuutuslain ehkäisevän työterveyshuollon korvausprosentin muutoksen vaikutuksia työkyvyn edistämisessä ja työkyvyttömyyden ehkäisyssä viimeistään vuoden 2016 loppuun mennessä (STM 2011b).

Ehdotukset

- Esitetään, että Työterveyslaitos, työeläkeyhtiöt ja työterveyshuollot jatkavat työkyvyn varhaisen tuen ja työhön paluun toimintamallien levittämistä sekä edistävät mallien käyttöönottoa ja juurruttamista työpaikoille.
- Esitetään, että työkyvyn varhaisen tuen ja työhön paluun toimintamallien käyttöä ja toimivuutta seurataan Työterveyslaitoksen työelämän valtakunnallisten seurantatutkimusten, esimerkiksi Tykybarometrin, avulla sekä Kevan ja työeläkeyhtiöiden seurannan avulla.
- Esitetään, että STM ja työmarkkinajärjestöt selvittävät, voidaanko työnantajan velvollisuuksia työhön paluun varmistamisessa tarkentaa vertaismaiden mallien mukaisesti.

Esimies ja työyhteisö masentuneen työntekijän työkyvyn tukena

Mielenterveyskysymyksiin liittyy usein ennakkoluuloja ja jopa vääriä käsityksiä, jotka voivat hankaloittaa työssä jatkamiseen ja työhön paluuseen liittyvistä käytännön asioista sopimista.

Esimiehen asenteella on huomattava merkitys mielenterveysongelmista kärsivän työntekijän varhaisen tuen saamisen ja toisaalta toipilasvaiheessa olevan henkilön työhön paluun onnistumisen kannalta. Esimies voi vaikuttaa koko työyhteisön asenteisiin niin, että kynnys tarttua vaikeisiin asioihin madaltuu. Lähiesimiehille pitää tarjota koulutusta hyvästä johtamisesta sekä työkyvyn varhaisen tuen ja työhön paluun tukemiseen liittyvistä teemoista.

Esimiesvalmennuksiin tarvitaan tietoa mielenterveyskysymyksistä työelämään liittyen. Käytännöllisiä toimintaohjeita tarvitaan siihen, mitä esimies voi ja mitä hänen pitää työpaikalla tehdä huolehtiakseen hyvinvoinnin edellytyksistä työssä.

Työterveyslaitos tuotti osana Masto-hanketta esimiesvalmennuksiin ja työsuojeluhenkilöstön koulutuksiin materiaalia, johon sisällytettiin käytännöllistä tietoa mielenterveyttä ja työkykyä tukevista toimintatavoista työpaikalla. Koulutusmateriaalia suunniteltiin yhdessä muiden esimies- ja työsuojelukoulutusta tuottavien koulutusorganisaatioiden asiantuntijoiden kanssa.

Työkykyjohtamisen malleja on useita. Työkykyjohtaminen edellyttää työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon tiivistä ja järjestelmällistä yhteistyötä. Elinkeinoelämän keskusliitto EK on julkaissut maaliskuussa 2011 oman työkykyjohtamisen mallinsa.

Ehdotukset

- Esitetään, että Masto-hankkeen yhteydessä esimiesvalmennuksiin tuotettu koulutusmateriaali otetaan käyttöön esimieskoulutuksissa työntekijöiden työkyvyn tukemiseksi. Työterveyslaitos ja koulutusmateriaalin suunnitteluun osallistuneet muut koulutusorganisaatiot huolehtivat, että materiaalia hyödynnetään osana niiden omia koulutusohjelmia.
- Esitetään, että työmarkkinajärjestöt ja Työturvallisuuskeskus selvittävät, voidaanko koulutusmateriaalia hyödyntää Työhyvinvoinnin palvelukeskuksessa työhyvinvointikorttikoulutuksen sisältöä suunniteltaessa.
- Esitetään, että työnantajat ottavat käyttöön oman työkykyjohtamisen mallin.

Työsuojelu mielenterveyttä edistävien työolojen kehittämisen tukena työpaikalla

Osana Masto-hanketta tehdyn Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet -tutkimuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus työntekijäammateissa on lähes kaksinkertaista asiantuntija-ammatteihin verrattuna. Masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on yleistä työntekijäammattien lisäksi myös monissa asiantuntija-ammateissa. Monet työn henkiseen kuormitukseen liittyvät tekijät voivat heijastua masennusperusteiseen eläkealkavuuteen.

Masennusperusteisten eläkkeiden alkavuudessa oli selkeämpi ero sukupuolen kuin työntekijä- ja asiantuntija-ammattijaon perusteella. Sekä työntekijä- että asiantuntijanaisten masennusperusteinen eläkealkavuus oli suurempaa kuin kummankaan ryhmän miesten.

Riittävästä fyysisestä ja psyykkisestä palautumisesta on huolehdittava työn sujumisen ja työntekijöiden työkyvyn tukemiseksi. Asiantuntija-ammateissa työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi on huolehdittava erityisesti henkisistä voimavaroista työssä. Työntekijäammateissa huomiota pitää kiinnittää *sekä* työn fyysisiin *että* henkisiin voimavaratekijöihin.

Työsuojelu työpaikoilla tuottaa parhaan tuloksen, kun työnantajat ja työntekijät toteuttavat sitä yhteistyössä. Työpaikan riskinarvioinnissa ja työpaikkaselvityksessä pitää tunnistaa ne asiat, jotka vaikuttavat työntekijöiden henkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Työpaikkaselvityksen perusteella työterveyshuolto tekee kehittämis ehdotuksia työpaikalla. Neuvonnalla ja ohjauksella tuetaan niiden toteutumista. Psyykkisen ja sosiaalisen työkuormituksen arviointiin on olemassa tarkistuslistoihin perustuva TIKKA-menetelmä. Suunnattua työpaikkaselvitystä varten on kehitetty mielenterveysvaikutusten arviointikehys, MIVA-kehys (STM:n selvityksiä 2008:33).

Ehdotukset

- Esitetään, että psykososiaaliset työolotekijät selvitetään kaikilla toimialoilla työpaikan riskinarvioinnissa ja työterveyshuollon työpaikkaselvitystoiminnassa. Tässä voidaan hyödyntää myös työolojen mielenterveysvaikutusten arviointiin kehitettyjä menetelmiä ja työilmapiirikartoituksia. Koska masennusperusteinen työkyvyttömyys on naisilla yleisempää kuin miehillä, arvioinneissa ja selvityksissä on kiinnitettävä huomiota myös työpaikan sukupuolijakaumaan ja mahdollisiin erilaisiin voimavara- ja kuormitustekijöihin.
- Esitetään lisäksi, että Työterveyslaitos, Työturvallisuuskeskus ja työmarkkinajärjestöt huolehtivat, että Työterveyslaitoksen Mastrohankkeen yhteydessä tuottamaa koulutusmateriaalia hyödynnetään myös työsuojeluhenkilöstön koulutuksissa.

6.2 TYÖTERVEYSHUOLLON TOIMINTA

Työterveyshuollon uudelleen suuntaaminen ja yhteistyökäytännöt

STM:n 6.4.2010 asettama työryhmä esitti, että työterveyshuollon painopisteeksi otetaan työkyvyn seuranta ja edistäminen työuran eri vaiheissa (STM 2011b).

- Työryhmän keskeisiä ehdotuksia olivat työterveysyhteistyön vahvistaminen sekä hyvän työterveyshuoltokäytännön ja valtioneuvoston asetuksen (1484/2001) tarkistaminen ja päivittäminen tukemaan uutta painopistettä.
- Työkyvyn tukemiseen tarvitaan terveydenhuollon saumatonta yhteistyötä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja kuntoutuksen välillä.
- Terveydenhuollon yhteistyössä sairaanhoitopiiri koordinoi hoitokäytäntöjä alueellaan ja työterveyshuolto työssä käyvien hoitoa, kuntoutusta ja työhön paluuta.
- Alueellisen saatavuuden varmistamiseksi työterveyshuollon palvelut pitää ottaa huomioon terveydenhuollon palvelujärjestelmää kehitettäessä.
- Työryhmä myös ehdotti työterveyshuollon koulutuksen kehittämiseksi toimenpiteitä, joilla turvataan työterveyshuollon henkilöstön riittävyys ja osaaminen. Toiminta- ja työkyvyn arvioinnin osaamista pitää vahvistaa terveydenhuollon peruskoulutuksessa.

Yksi keskeinen Mastrohankkeeseen liittyvä kokonaisuus on ollut työterveyshuollon toiminnan tukeminen ja siihen liittyen yhteistyökäytäntöjen kehittäminen työpaikan, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hankkeessa laadittiin työterveyshuollolle tutkimusnäyttöön perustuva suositus masennuksen ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta varten, ja vietiin sitä käytäntöön koulutuksen ja kehittämishankkeiden avulla.

Masto-hankkeessa selvitettiin yhteistyössä Suomen Mielenterveysseuran ja Työterveyslaitoksen kanssa myös Käypä hoito -suosituksen mukaisen depressiokoulutoiminnan soveltuvuutta työterveyshuollon toiminnaksi. Tutkimusten mukaan depression itsehoito- ja ennaltaehkäisyryhmät (ryhmämuotoiset depressiokoulut) ovat osoittautuneet vaikuttaviksi ennaltaehkäiseviksi toimiksi masennusoireilusta kärsiville henkilöille.

Ehdotukset

- Masto-hankkeen ohjausryhmä kannattaa STM:n asettaman työryhmän esitystä (STM 2011b), että työterveyshuollon painopisteeksi asetetaan työkyvyn seuranta ja edistäminen työuran eri vaiheissa ja että osana hyvän työterveyshuoltokäytännön päivitystä laaditaan ohjeistus tavallisimpien työkyvyttömyyttä aiheuttavien sairausryhmien hoitokäytännöistä työpaikoilla ja terveydenhuollossa.
- Ohjausryhmä kannattaa myös työryhmän esitystä (STM 2011b), että työterveyshuolto koordinoi työntekijän työkyvyn tukemiseksi tarpeellisten toimenpiteiden toteutumista työpaikalla, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Sairaanhoidopiiri koordinoi alueellaan sairausryhmiin laadittavia hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä (Terveydenhuoltolaki 34§), jotka perustuvat valtakunnallisiin ohjeisiin ja Käypä hoito -suosituksiin.
- Ohjausryhmä tukee työryhmän esitystä (STM 2011b), että työkyvyn tukemiseen tarvitaan terveydenhuollon saumatonta yhteistyötä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja kuntoutuksen välillä.
- Esitetään, että Työterveyslaitos integroi Masto-hankkeen yhteydessä suunnitellun Masennus ja työelämä -koulutuskokonaisuuden osaksi työterveyshuollon täydennyskoulutusohjelmia. Lisäksi esitetään, että Työterveyslaitos jatkaa alueellista koulutusyhteistyötä työterveyshuollon ja psykiatrian välillä.
- Esitetään, että ryhmämuotoista depressiokoulutoimintaa toteutetaan jatkossa osana työterveyshuollon toimintaa. Työterveyslaitos varmistaa yhteistyössä Suomen Mielenterveysseuran kanssa, että depressiokoulutoiminta tukee työterveyshuollon uuden painopisteen mukaista toimintaa.

Sairauspoissaolo – tavoitteellinen osa hoitoa ja työhön paluun prosessia

Masennuksen aktiivinen, jäsennelty hoito on tuloksellista. Hoidon onnistuminen ja työkyvyn tukeminen edellyttävät toimivaa verkostoyhteistyötä. Valtaosa masennukseen sairastuneista jatkaa työelämässä ilman pitkiä sairauspoissaoloja. Jos sairauspoissaolo jatkuu yli puoli vuotta, työhön palaa vain

50% masentuneista. Sairauspoissaolon pitkittyessä vuodeksi työhön palaajia on enää neljännes.

Masto-hankkeen yhteydessä tehdyissä selvityksissä tuli esiin puutteita työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä. Sairauspoissaolojen nähtiin erikoissairaanhoidossa venyvän usein tarpeettoman pitkiksi. Työterveyshuollon ja työpaikan oikea-aikaiset, työhön palauttavat ammatillisen kuntoutuksen keinot jäivät usein hyödyntämättä.

Työkykyarvioinnissa keskeistä on yhteistyö ja vuoropuhelu työterveyslääkärin ja psykiatrin välillä. Sairauspoissaolon - jos sitä tarvitaan - on oltava tavoitteellinen osa hoitoa.

Sairauspoissaolon pituuden määrittäminen ja työhön paluun suunnittelun pitäisi pääsääntöisesti tapahtua työterveyshuollossa, työterveyslääkäreiden ja erikoissairaanhoidon molemminpuolista konsultaatiotyöyhteistyötä hyödyntäen.

STM:n 7.4.2010 asettama työhyvinvointityöryhmä - jonka toimeksianto perustui myös Työelämäryhmän (ns. Ahtelan ryhmän) loppuraportin ehdotuksiin - ehdotti, että työterveyshuollon lausunto olisi sairauspäivärahan maksamisen edellytys 90 sairauspäivärahapäivän jälkeen. Työryhmän tehtävänä oli kehittää varhaista puuttumista pitkittyviin työkyvyttömyyksiin. Sairausvakuutuslakiin tuli esittää muutokset, jotka tukisivat varhaista puuttumista ja eri toimijoiden yhteistyötä (STM 2011a).

Ehdotukset

- Ohjausryhmä esittää, että Työterveyslaitos ja Tela levittävät Masto-hankkeen yhteydessä kehitettyjä toimivia työkyvyn arviointiin sekä työssä jatkamisen ja työhön paluun tukemiseen liittyviä työpaikan, työterveyshuollon ja psykiatrian yhteistyökäytäntöjä.
- Ohjausryhmä tukee työhyvinvointiryhmän ehdotusta (STM 2011a), että työterveyshuollon lausunto olisi sairauspäivärahan maksamisen edellytys 90 sairauspäivärahapäivän jälkeen.

6.3 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTA

Depressiohoitajia perusterveydenhuoltoon

Masto-hankkeessa on painotettu aktiivisen varhaisvaiheen hoidon merkitystä masennuksen yhteydessä. Hoidon perustana pitää olla Depression Käypä hoito-suositus ja siihen pohjautuvat alueelliset hoitomallit.

Masennuksen varhaisvaiheen hoidon kulmakivenä on perusterveydenhuolto. Perusterveydenhuollon depressiohoitajatoiminta on yksi hyväksi todettu keino vahvistaa tehosta alkuvaiheen hoitoa. Vuoteen 2015 ulottuva kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli 2009) suosittelee kaikkiiin terveyskeskuksiin depressiohoitajatyömallia ja perusterveydenhuollon toiminnan vahvistamista psykiatrisella konsultaatiotuella (STM 2009a).

Alkuvaiheen hoitoon vuorovaikutuksellisiakin menetelmiä

Julkisessa terveydenhuollossa pitää olla mahdollisuus tarjota depression alkuvaiheen hoitona Käypä hoito -suosituksen mukaisia vaikuttavaksi osoitettuja vuorovaikutuksellisia hoitomuotoja. Masto-hankkeessa on pyritty vahvistamaan asianmukaisen lääkehoidon lisäksi vuorovaikutuksellisten hoitojen saatavuutta.

Ryhmämuotoinen depressiokoulutoiminta soveltuu masennuksen ehkäisyyn ja lievien masennusten hoitoon. Masennuksen laadukkaaseen alkuvaiheen hoitoon kuuluvat myös Käypä hoito -suosituksen mukaiset lyhytpsykoterapiajaksot.

Masto-hankkeessa psykiatriseen erikoissairaanhoidoon tehdyn kyselyn valossa lyhytpsykoterapia ei vielä muodosta oleellista osaa masennuksen hoidosta julkisessa terveydenhuollossa. Psykiatriseen avohoitoon tarvitaan lisää lyhytterapiaan koulutettua henkilökuntaa masennuspotilaiden oikea-aikaisen ja tehokkaan hoidon turvaamiseksi ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi. Hoidon ja kuntoutuspsykoterapian saumattomuuteen pitää kiinnittää erityistä huomiota.

Tietotekniikan avulla mielenterveyspalveluja voidaan tarjota myös niille, joilla ei ole muuten pääsyä palveluiden piiriin esimerkiksi alueellisten syiden vuoksi (työvoiman saatavuuden vaihtelu, pitkät etäisyydet vastaanotolle). Tietokonepohjaiset psykoterapiaohjelmat soveltuvat lievistä ja keskivaikeista ahdistuneisuus - ja masennushäiriöistä kärsiville. Osa näistä terapioista on todettu yhtä tehokkaiksi tai jopa tehokkaammiksi kuin kasvokkain tapahtuva psykoterapia.

Ehdotukset

- Ohjausryhmä esittää, että THL tukee osana kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli) toimeenpanoa (STM 2009a) depressiohoitajatoiminnan kehittämistä ja levittämistä terveyskeskuksiin. Lisäksi esitetään, että THL edistää myös ryhmämuotoisen depressiokoulutoiminnan juurruttamista terveyskeskuksiin.
- Esitetään, että Innokylä-hanke tukee depressiohoitajatoiminnan ja myös vaikuttavaksi osoitetun ryhmämuotoisen depressiokoulutoiminnan levittämistä peruspalveluihin.
- Esitetään, että sairaanhoitopiirit järjestävät alueellaan täydennyskoulutusta lyhytpsykoterapiaan liittyen.
- Esitetään, että sairaanhoitopiirit huolehtivat alueellaan hoitoon kuuluvan psykoterapian riittävästä saatavuudesta.
- Esitetään, että THL integroi mielenterveystyöhön liittyvien verkko-pohjaisten menetelmien kehittämisen ja levittämisen osaksi vuosittain päivitettävää Mieli -suunnitelman toteuttamisohjelmaa (STM 2009a).
- Esitetään, että THL integroi mielenterveystyöhön liittyvien verkko-pohjaisten menetelmien kehittämisen myös osaksi SADe- ohjelman sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden kehittämistä.
- Esitetään, että depression Käypä hoito -suositusta päivitettäessä huomioidaan työterveyshuollon rooli työkyvyn edistämisessä ja osatyökyvyn tukemisessa.
- Esitetään, että STM arvioi mahdollisuuden laajentaa lyhytpsykoterapian korvattavuutta Savake-työryhmän ehdotuksen pohjalta (STM 2007b).

6.4 KUNTOUTUS JA TYÖHÖN PALUUN TUKI

Kuntoutuspsykoterapian omavastuuosuuden tarkistaminen

Kuntoutuspsykoterapia siirtyi Kelassa järjestämisvelvollisuuden piiriin vuoden 2011 alusta lukien. Kuntoutuspsykoterapiaa korvataan kaikille sitä tarvitseville, kuntoutuspsykoterapian kohderyhmään kuuluville vakuutetuille.

Kuntoutuspsykoterapiaan on oikeus 16–67 -vuotiaalla henkilöllä, jonka työ- tai opiskelukyky on heikentynyt mielenterveydenhäiriön vuoksi. Tavoitteena on työ- tai opiskelukyvyn tukeminen tai parantaminen. Kuntoutuspsykoterapian myöntäminen edellyttää, että kuntoutujalla on psykiatrisen diagnoosin tekemisen jälkeen ollut vähintään 3 kk jatkunut asianmukainen hoitosuhde ennen Kelalle tehtyä kuntoutushakemusta.

Kela korvaa kuntoutuspsykoterapiaa, joka on lääketieteellisesti perusteltua. Se voi olla yksilö-, perhe-, ryhmä-, tai paripsykoterapiaa ja nuorille myös musiikkiterapiaa.

Psykoterapiakorvauksen enimmäismääristä säädetään jatkossa valtioneuvoston asetuksella. Asetuksessa säädetään korvaustasot erikseen 16–25

-vuotiaiden nuorten ja 26–67 -vuotiaiden aikuisten yksilö - ja ryhmämuotoiselle kuntoutuspsykoterapialle sekä perhe- tai pariopsykoterapialle.

Kuntoutuspsykoterapian korvaustasot pysyivät 2011 alusta lukien ennallaan. Omavastuuosuuden suuruus voi muodostua osalle kuntoutujista kuntoutuspsykoterapian esteeksi. Potilaalla on oikeus kieltäytyä Kansaneläkelaitoksen korvaamasta kuntoutuspsykoterapiasta, jolloin vastuu potilaan kuntoutuksesta siirtyy julkiselle sektorille.

Ehdotus

- Esitetään, että STM selvittää mahdollisuudet kuntoutuspsykoterapian omavastuuosuuden pienentämiselle.

Osasairauspäiväraha, työkokeilu ja muita työhön paluun tukikeinoja

Toipilasvaiheessa työhön paluuta voidaan tukea esimerkiksi osasairauspäivärahaa tai työkokeiluja hyödyntäen. Samoja keinoja voidaan hyödyntää työhön paluun tukena masennuksen lisäksi myös muissa sairausryhmissä.

Toipilaan työntekijän voimavaroihin sopeutettu työnkuva paluuvaiheessa voi osaltaan ehkäistä sairauden uusiutumista. Toistuvat masennustilat ovat yksi työkyvyttömyyden keskeisimpiä riskitekijöitä, joten masennuksen uusiutumisen ehkäisy on kannattavaa myös tästä näkökulmasta.

Masennuksesta toipuvan toimintakyky palautuu usein oireiden häviämistä hitaammin. Toipilasaika pitäisikin tarvittaessa ottaa huomioon työnkuvassa. Vuoropuhelu työpaikan ja työterveyshuollon välillä toteutuu erilaisin työterveysneuvottelukäytännöin. Jos masennuksesta toipuva työntekijä ei kykene entisiin tehtäviinsä, mahdollisista työhön paluuta tukevista tilapäisistä tai pysyvistä työjärjestelyistä voidaan sopia työterveysneuvottelussa.

Monihäiriöisyys on työkäisillä ihmisillä yleistä. Samalla ihmisellä voi olla esimerkiksi masennustilan lisäksi päihdehäiriö tai tuki- ja liikuntaelinsairaus. Erityyppisistä sairauksista aiheutuva haitta työssä suoriutumiselle riippuu pitkälti työn vaatimuksista (esim. työntekijä-/asiantuntijatehtävät; vuorotyö; asiakaspalvelutehtävät).

Asteittaista työhön paluuta voidaan helpottaa tietyin edellytyksin esimerkiksi osasairauspäivärahan tai Kelan ja työeläkeyhtiöiden ammatillisena kuntoutuksena korvaaman työkokeilun avulla. Lisäksi työterveyshuoltolain perusteella Kelan maksaman kuntoutusrahan avulla voidaan toteuttaa työkokeilu.

Osasairauspäivärahan karenssi-aika lyheni vuoden 2010 alusta. Sen käyttö on muutoksen jälkeen lisääntynyt selvästi. Osasairauspäivärahan käyttöä pitää edelleen lisätä. Sen tukemiseksi tarvittavaa koulutusta ja kehittämistyötä pitää jatkaa. Myös työkokeilujen käyttöä masennustoipilaiden työhön paluun tukena on tarpeen edelleen lisätä.

Ehdotukset

- Esitetään, että STM, työmarkkinajärjestöt ja Kela arvioivat osasairauspäivärahan kehittämistarpeita ja -mahdollisuuksia.
- Esitetään, että Työterveyslaitos, Kela ja Tela levittävät tiedotuksen ja koulutustilaisuuksien avulla tietoa osasairauspäivärahasta ja työkokeiluista.
- Esitetään, että työterveyshuollon toimintasuunnitelmissa otetaan huomioon psyykkisiltä/fyysisiltä voimavaroiltaan osatyökykyisten työntekijöiden työkyvyn tukemiseksi tarpeelliset toimenpiteet. Työterveyshuollon asiantuntija-apua kannattaa hyödyntää osatyökykyisen työtehtävien muokkaamisessa voimavaroihin sopiviksi.

Osatyökyvyttömyyseläkkeet käyttöön mielenterveystoipilaiden työkyvyn tukena

Osatyökyvyttömyyseläkkeet ovat yksi keino tukea osittain työkykyisten työsäkäyntiä. Vaikka niiden käyttö on viime vuosina lisääntynyt, se on edelleen vähäistä.

Osatyökyvyttömyyseläkkeitä voidaan käyttää sekä työkyvyn heikkene- mis- että palautumisprosessissa. Niitä käytetään työuran pidentäjinä etenkin silloin, kun työkyky heikkenee vähitellen.

Työssäkäynnillä mitattuna ne vaikuttavat hyvin toimivalta ratkaisulta työ- uran pidentämiseksi. Masennuksen sairausryhmässä jopa kaksi kolmasosaa osatyökyvyttömyyseläkettä saavista käy Eläketurvakeskuksen tutkimuksen mukaan työssä. Heidän lisäksi runsaat 10% olisi halukkaita työhön.

Jonkin verran osatyökyvyttömyyseläkkeitä käytetään myös *työkyvyn pa- lautumisprosessissa* eli siirryttäessä täydeltä eläkkeeltä työkyvyn kohentuessa osatyökyvyttömyyseläkkeelle tai osakuntoutustuelle.

Ehdotukset

- Esitetään, että ETK ja työeläkeyhtiöt levittävät tietoa osatyökyvyttö- myyseläkkeiden käytöstä ja soveltuvuudesta masennukseen ja muihin mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden kohdalla.
- Esitetään, että työmarkkinajärjestöt yhdessä mielenterveysjärjestö- jen kanssa jatkavat asialliseen tietoon perustuvaa asennemuokkausta mielenterveyden häiriöihin liittyvän stigman vähentämiseksi ja osa- työkykyisten työssä jatkamisen tukemiseksi.

Kuntoutustuella olevien työhön paluu

Osana Masto-hanketta ETK teki selvityksen, jossa tarkasteltiin määräaika- selta kuntoutustuelta työhön palaamista.

- Työsuhteen voimassaolo koko kuntoutustukiajan oli selvästi yhteydessä kuntoutustuen jälkeiseen työllisyyteen.
- Jos työsuhde oli ollut kuntoutustukiaikana voimassa, 85 prosenttia kuntoutustuen päättäneistä palasi työhön. Muussa tapauksessa työhön palanneita oli vain 37 prosenttia.
- Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä työsuhteen voimassaolo kuntoutustuen aikana oli yleisempää kuin muissa sairausryhmissä. Kun työsuhteen voimassaolo otettiin huomioon, masennuksen ja tule-sairauksien ryhmässä työhön palanneiden osuuksissa ei ollut eroa.

Ehdotus

- Esitetään, että työeläkeyhtiöt ja Kela kehittävät työhön paluun prosesseja myös niille masennuksen perusteella kuntoutustuella oleville ja kuntoutusvastuulleen kuuluville asiakkailleen, joilla ei ole voimassa olevaa työsuhdetta.

Osatyökyisten työllistymisen edellytyksistä huolehdittava

STM asetti marraskuussa 2010 *osatyökyisten työllistymisen esteitä selvittämään* selvityshenkilön, jonka tehtävänä oli selvittää osatyökyisten asema työmarkkinoilla ja mitä pitäisi tehdä aseman parantamiseksi (STM:n selvityksiä 2011:5).

- Selvityshenkilön ensisijainen ehdotus oli, että keskeiset toimijat arvioivat, millaisen painon ne antavat osatyökyisten työllistymiselle. Jos osatyökyisten työllistäminen arvioidaan tärkeäksi, on käynnistettävä usean vuoden kestävä kattava toimintaohjelma, joka vakiinnuttaa osatyökyisille luontevan aseman työmarkkinoilla.
- Toissijainen ehdotus sisälsi esityksen, että mikäli osatyökyisten työllistämiseksi ei pidetä tarkoituksenmukaisena käynnistää mainittua ohjelmaa, ainakin osa raportissa esitetyistä epäkohdista korjataan.

Masto-hankkeen yhteydessä tehty työkyvyttömyyseläkkeiden ammattiryhmittäisten erojen tarkastelu osoitti, että työkyvyn edistäminen on tärkeää, mutta tärkeää on myös hyväksyä *osatyökyisyys* ja ylipäänsä erilaisuus osaksi työelämää.

Mieli-2009 työryhmän mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työllistymisedellytyksiä koskevassa ehdotuksessa todetaan, että työkokeiluja, työvalmentajan tuella toteutettavaa tuettua työllistymistä, työhönvalmennusta sekä ammatillisen kuntoutuksen ja valmentavan koulutuksen palveluja tarkoituksenmukaisella tavalla hyödyntämällä voidaan tukea *mielenterveyskuntoutuksen* mahdollisuutta päästä työelämään (STM 2009a).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yleisiä työkykyä uhkaavia sairauksia pitkäaikaistyöttömillä. Mieli 2009 -työryhmän ehdotuksissa todetaan, että

mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työttömien työkykyä uhkaaviin tekijöihin voidaan puututtua ajoissa muun muassa työttömien terveystarkastustoimintaa ja kuntouttavaa työtoimintaa kehittämällä.

TEM asetti toukokuussa 2010 työryhmän, jonka tehtävänä oli tehdä ehdotukset *työttömien työkyvyn arvioinnin ja terveystarkastuspalvelujen järjestämiseksi* (TEM 2011). Työryhmän tuli ottaa työssään huomioon pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeessa (PTT-hanke) tehty työ ja sen pohjalta tehdyt kehittämissuosituksen.

- Työryhmän tehtävä perustui tavoitteeseen, jossa nykyistä paremmin tunnistetaan työkykyyn liittyvät työllistymisen esteet.
- Työryhmän mukaan TE-toimiston tehtävänä on tunnistaa ne työttömät, joiden työkyky pitää arvioida ja ohjata heidät terveystarkastukseen. Terveystarkastuksen jälkeen TE-toimistossa arvioidaan uudelleen, miten tulokset vaikuttavat asiakkaan palvelutarpeeseen. Tarvittaessa asiakas ohjataan Kelan, työeläkelaitoksen tai kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.
- Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on puolestaan toteuttaa työttömien työkyvyn arvioimiseksi tarvittavat terveystarkastukset, hoitaa sairaudet sekä tarjota lääkinnällistä ja sosiaalista kuntoutusta. Lisäksi kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto antaa neuvontaa ja ohjausta työkyvyttömyyseläkeasioissa sekä seuraa työttömien terveyttä ja hyvinvointia.

Työttömien työllistymisedellytysten parantamista koskevia ehdotuksia valmistellaan lisäksi *STM:n, TEM:n ja Kuntaliiton asiantuntijaryhmässä*. Painopiste on niiden asiakkaiden palveluissa, jotka tarvitsevat julkisten työvoimapalvelujen lisäksi kuntien järjestämisvastuulla olevia palveluja (mm. kuntouttava työtoiminta).

Ehdotukset

- Masto-hankkeen ohjausryhmä tukee STM:n selvityshenkilön esitystä sellaisen kattavan toimintaohjelman käynnistämisestä, joka vakiinnuttaa osatyökykyisille luontevan aseman työmarkkinoilla (STM:n selvityksiä 2011:5). Tässä yhteydessä selvitettäisiin tarkemmin myös mahdolliset osatyökykyisten työllistymisen lainsäädännölliset tai sopimukselliset esteet.
- Esitetään, että mielenterveysongelmista kärsivien työttömien työkykyä uhkaaviin tekijöihin puututaan ajoissa työttömien terveys-tarkastustoimintaa ja kuntouttavaa työtoimintaa kehittämällä. Kuntouttavan työtoiminnan kehittämisessä pitää ottaa huomioon näiden erityisryhmien yksilölliset tarpeet.
- Ohjausryhmä tukee TEM:n asettaman työryhmän esitystä, että työvoimapaalvelut, kunnalliset sosiaali- ja terveyspalvelut ja ammatillisen kuntoutuksen palvelut nivoutuvat nykyistä paremmin yhteen ja tukevat työttömien työhön kuntoutumista ja työmarkkinoille (TEM 2011).

6.5 NUORTEN OPISKELU- JA TYÖKYVYN TUKI

Monipuoliset keinot käyttöön

Työkyvyttömyyseläkkeelle jäävillä nuorilla on taustallaan hyvin erilaisia sairauksia. Masennustilojen osuus on vain 16 % nuorten työkyvyttömyyseläkkeiden syistä. Nuorten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on lisääntynyt 2000-luvun alkuvuosien jälkeen lähinnä alle 25-vuotiaiden ikäryhmässä. Kasvu johtuu osittain Kelan kuntoutusrahalainsäädännön ja sen soveltamiskäytännön muutoksesta. Työelämän kautta työkyvyttömyyseläkkeelle päätyy vain harva nuori. Alle 25-vuotiaista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä valtaosa saa vain kansaneläkettä.

Nuorten opiskelu- ja työkyvyn tukemiseksi tarvitaan laadukasta oppilas- ja opiskelijahuoltoa, toimivaa koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä monipuolisia, lähellä nuoren arkielämää olevia matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja peruspalveluiden yhteyteen.

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009), jonka toimeenpanoa STM ohjaa, on linjattu mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuutta Suomessa vuoteen 2015. Suunnitelmassa korostetaan ennaltaehkäisyä ja matalakynnyksisten mielenterveys- ja päihdevastaanottojen kehittämistä peruspalvelujen yhteyteen. Erikois- ja peruspalvelujen yhteistoimintaa pitää kehittää nuorten kehitysympäristöissä yli sektorirajojen. Kehittämistyö ulottuu julkisen palvelujärjestelmän lisäksi vahvasti myös kolmannelle sektorille.

Opintojen viivästymisen taustalla on usein mielenterveyteen liittyviä ongelmia. Ne koskettavat yliopisto-opiskelijoiden lisäksi lukioissa, ammattioppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa opiskelevia. Opiskelukykyyden vaikuttavat opiskelijan voimavarojen lisäksi opiskelutaidot, opetustoiminta ja

opiskelu ympäristö. Opiskeluterveydenhuollolla on vastuu ennaltaehkäisystä, seurannasta ja sairauksien perusterveydenhuollon tasoisesta diagnostiikasta, hoidosta ja alkuvaiheen kuntoutuksesta. Opiskeluterveydenhuollon tehtävänä on lisäksi edistää opiskelu ympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä opiskelijoiden terveyttä ja opiskelukykyä. Oppilaitosten ja opiskeluterveydenhuollon yhteistyötä pitää tiivistää opiskelukyvyn tukemiseksi.

Osasairauspäiväraha järjestelmä ei koske opintotuella opiskelevia opiskelijoita eikä vähäisenkään opiskelu ole ollut mahdollista sairauspäiväraha kauden aikana. Sairauspäivärahaa saavalle voisi olla hyvä mahdollistaa vähäinen opiskelu tilanteessa, kun sen voidaan arvioida edistävän kuntoutumista ja opiskelukyvyn palaamista.

Ehdotukset

- Masto-hankkeen ohjausryhmä pitää tärkeänä, että OKM jatkaa yhteistyössä STM:n kanssa oppilas- ja opiskelijahuoltoa koskevan lain valmistelua nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.
- Ohjausryhmä pitää myös tärkeänä, että THL tukee nuorten matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden kehittämistä julkisessa palvelujärjestelmässä osana kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli) toimeenpanoa (STM 2009a). Kunnat vastaavat suunnitelman toteuttamisesta.
- Esitetään, että STM arvioi, voitaisiinko sairauspäivärahaa saavalle mahdollistaa vähäinen opiskelu tilanteessa, jossa sen voidaan arvioida edistävän henkilön kuntoutumista tai nopeuttavan toimintakyvyn palaamista. Tämän asian jatkovalmistelun tarve nostettiin esille Satakomitean raportissa (STM 2009b).
- Esitetään, että STM ja Kela selvittävät, voidaanko nuorten kuntoutusrahan ikärajaa tarkistaa 20- ikävuodesta eteenpäin.
- Esitetään, että Työterveyslaitos, Kela ja ETK selvittävät, minkälaista hoitoa ja kuntoutusta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet nuoret ovat saaneet ennen eläkkeelle siirtymistä.

6.6 MASTO-HANKKEEN KÄYNNISTÄMIEN PROSESSIEN SEURANTA

Työpaikkojen ja terveydenhuollon yhteistyön tiivistämistä pitää jatkaa masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi.

Työkyvyttömyyden ehkäisyssä tärkeää ovat ennaltaehkäisevät ja työhyvinvointia tukevat työelämän käytännöt sekä oikea-aikainen hoito ja kuntoutus. Masto-hankkeessa toteutettiin monia koulutus- ja kehittämistoimia näiden asioiden tukemiseksi.

Työpaikkojen, terveydenhuollon ja kuntoutuksen yhteistyötä työikäisten työkyvyn tukemiseksi on edelleen kehitettävä. Samantyyppisillä yhteistyökäytännöillä ja muilla toimintamalleilla, joiden avulla pyrittiin vähentämään

masennuksesta johtuvaa työkyvyttömyyttä, voidaan vaikuttaa myös muista sairauksista johtuvaan työkyvyttömyyteen.

Ehdotukset

- Esitetään, että työmarkkinajärjestöt, TTL, THL, Kela, Tela ja mielenterveysjärjestöt levittävät Masto-hankkeen yhteydessä kehitettyjä työkaluja ja toimintakäytäntöjä työpaikoille, työterveyshuoltoon ja muualle terveydenhuoltoon.
- Esitetään, että mielenterveysjärjestöt ottavat aktiivisen roolin työelämän mielenterveyskysymyksiin liittyvien aloitteiden tekemisessä.
- Esitetään, että STM huolehtii Masto-hankkeen esittämien ehdotusten toimeenpanemisesta ja arvioi esimerkiksi kolmen vuoden kuluttua jatkokehittämistarpeet.

LIITE I. OHJAUSRYHMÄN KOKOONPANO (SULUISSA VARAJÄSENET)

Puheenjohtaja

kansliapäällikkö *Kari Välimäki*, sosiaali- ja terveysministeriö (1.11.2007–24.11.2009)

/osastopäällikkö, ylijohdaja *Leo Suomaa*, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 25.11.2009)

Varapuheenjohtaja

apulaisosastopäällikkö *Marja-Liisa Partanen*, sosiaali- ja terveysministeriö

(1.11.2007–24.11.2009)

/osastopäällikkö *Aino-Inkeri Hansson*, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 25.11.2009)

(lääkintöneuvos *Matti Lamberg*, sosiaali- ja terveysministeriö) (1.11.2007–31.12.2008)

/(lääkintöneuvos *Kristiina Mukala*, sosiaali- ja terveysministeriö) (alkaen 5.5.2009)

Jäsenet

johtaja *Timo Aro*, Työeläkevakuuttajat TELA ry (ylilääkäri *Maarit Gockel*,

Työeläkevakuuttajat TELA ry)

kehittämispäällikkö *Marja Erkkilä*, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry

(asiantuntijalääkäri *Kari Haring*, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry)

sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntija *Mervi Flinkman*, Toimihenkilökeskusjärjestö STTK ry

(1.11.2007–12.10.2008)

/sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntija *Riitta Työläjärvi*, Toimihenkilökeskusjärjestö STTK ry

(alkaen 13.10.2008)

(työympäristöasiantuntija *Erkki Auvinen*, Toimihenkilökeskusjärjestö STTK ry)

erikoistutkija *Raija Gould*, Eläketurvakeskus

(osastopäällikkö *Mikko Pellinen*, Eläketurvakeskus)

johtaja *Kaj Husman*, Työterveyslaitos

(johtaja *Hilkka Riihimäki*, Työterveyslaitos) (1.11.2007–18.8.2008)

/(tiimipäällikkö *Marianna Virtanen*, Työterveyslaitos) (alkaen 19.8.2008)

lakimies *Paula Ilveskivi*, Akava

(lakimies *Jarmo Pätäri*, Akava)

kuntoutusjohtaja *Tiina Johansson*, Mielenterveyden keskusliitto ry

(koulutusjohtaja *Mika Vuorela*, Mielenterveyden keskusliitto ry) (1.11.2007–1.11.2010)

ylilääkäri *Jorma Järvisalo*, Kansaneläkelaitos

(kuntoutuspäällikkö *Tiina Huusko*, Kansaneläkelaitos)

ylilääkäri *Kari Kaukinen*, Elinkeinoelämän keskusliitto EK (1.11.2007–31.8.2010)

/ylilääkäri *Jan Schugk*, Elinkeinoelämän keskusliitto EK (alkaen 1.9.2010)

(asiantuntija *Anu Sajavaara*, Elinkeinoelämän keskusliitto EK)

johtaja *Kaarina Knuuti*, Maa- ja metsätaloustuottajain Keskusliitto MTK ry

(13.12.2007–13.1.2010)

/asiantuntija *Marja Tallavaara*, Maa- ja metsätaloustuottajain Keskusliitto MTK ry

(alkaen 1.3.2010)

(asiamies *Ilpo Mattila*, Maa- ja metsätaloustuottajain Keskusliitto MTK ry)

(alkaen 13.12.2007)

professori *Jouko Lönnqvist*, Kansanterveyslaitos/THL
 (projektipäällikkö *Maria Vuorilehto*, Kansanterveyslaitos) (1.11.2007–15.11.2009)
 /(yksikön päällikkö *Timo Partonen*, Kansanterveyslaitos/THL) (alkaen 16.11.2009)
 professori *Esko Matikainen*, Kuntien eläkevakuutus (1.11.2007-13.10.2010)
 /johtajaylilääkäri *Tapio Ropponen*, Kuntien eläkevakuutus/Keva (alkaen 14.10.2010)
 (kuntoutuspäällikkö *Sirpa Salminen*, Kuntien eläkevakuutus) (1.11.2007–9.6.2010)
 / (kuntoutuspäällikkö *Ulla Palmroos*, Kuntien eläkevakuutus/Keva) (alkaen 10.6.2010)
 sosiaali- ja terveysasioiden johtaja *Jussi Merikallio*, Suomen Kuntaliitto
 (tutkija *Bjarne Andersson*, Suomen Kuntaliitto)
 työmarkkina-asioiden päällikkö *Outi Tähtinen*, Suomen Yrittäjät (13.12.2007–24.10.2011)
 /lainopillinen asiamies *Harri Hellstén*, Suomen Yrittäjät (alkaen 25.10.2010)
 (lainopillinen asiamies *Risto Tuominen*, Suomen Yrittäjät) (alkaen 13.12.2007)
 osastopäällikkö *Aino-Inkeri Hansson*, sosiaali- ja terveysministeriö (1.11.2007–24.11.2009)
 /lääkintöneuvos *Maria Vuorilehto*, sosiaali- ja terveysministeriö (25.11.2009–20.2.2011)
 (apulaisosastopäällikkö *Reijo Väärälä*, sosiaali- ja terveysministeriö)
 apulaisosastopäällikkö *Matti Toiviainen*, sosiaali- ja terveysministeriö (1.11.2007–5.5.2009)
 (johtaja *Anja Kairisalo*, sosiaali- ja terveysministeriö)
 johtaja *Erkki Yrjänheikki*, sosiaali- ja terveysministeriö
 (lääkintöneuvos *Heikki Savolainen*, sosiaali- ja terveysministeriö)
 pääsihteeri *Teija Honkonen*, sosiaali- ja terveysministeriö, sihteeri

LIITE 2. KORKEAN TASON KOORDINAATIO- RYHMÄN KOKOONPANO

Puheenjohtaja

sosiaali- ja terveysministeri *Liisa Hyssälä*, sosiaali- ja terveysministeriö
(1.11.2007–23.5.2010)

/sosiaali- ja terveysministeriö *Juha Rehula*, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 24.5.2010)

Jäsenet

työministeri *Tarja Cronberg*, työ- ja elinkeinoministeriö (1.11.2007–25.6.2009)

/työministeri *Anni Sinnemäki*, työ- ja elinkeinoministeriö (alkaen 26.6.2009)

peruspalveluministeri *Paula Risikko*, sosiaali- ja terveysministeriö

kulttuuri- ja urheiluministeri *Stefan Wallin*, opetusministeriö

yliasiamies *Esko Aho*, Sitra (1.11.2007–31.10.2008)

/yliasiamies *Mikko Kosonen*, Sitra (alkaen 10.6.2009)

toimitusjohtaja *Leif Fagernäs*, Elinkeinoelämän keskusliitto EK (1.11.2007–14.10.2010)

/toimitusjohtaja *Mikko Pukkinen*, Elinkeinoelämän keskusliitto EK (alkaen 15.10.2010)

puheenjohtaja *Michael Hornborg*, Maa- ja metsätaloustuottajain Keskusliitto MTK ry
(1.11.2007–22.4.2009)

/puheenjohtaja *Juha Marttila*, Maa- ja metsätaloustuottajain Keskusliitto MTK ry (alkaen 10.6.2009)

pääjohtaja *Jorma Huuhtanen*, Kansaneläkelaitos (1.11.2007–30.9.2010)

/pääjohtaja *Liisa Hyssälä*, Kansaneläkelaitos (alkaen 15.10.2010)

puheenjohtaja *Lauri Ihalainen*, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry
(1.11.2007–14.5.2009)

/puheenjohtaja *Lauri Lyly*, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry (alkaen 10.6.2009)

työmarkkinajohtaja *Markku Jalonen*, Kunnallinen työmarkkinalaitos

toimitusjohtaja *Jussi Järventausta*, Suomen Yrittäjät ry

työmarkkinajohtaja *Teuvo Metsäpelto*, Valtion työmarkkinalaitos

puheenjohtaja *Mikko Mäenpää*, Toimihenkilökeskusjärjestö STTK ry

hallituksen puheenjohtaja *Jorma Ollila*, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA

arkkipiispa *Jukka Paarma*, Suomen evankelis-luterilainen kirkko (1.11.2007–31.5.2010)

/arkkipiispa *Kari Mäkinen*, Suomen evankelis-luterilainen kirkko (alkaen 15.10.2010)

toimitusjohtaja *Risto Parjanne*, Suomen Kuntaliitto (1.11.2007–14.10.2010)

/toimitusjohtaja *Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma*, Suomen Kuntaliitto (alkaen 15.10.2010)

pääjohtaja *Pekka Puska*, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

toimitusjohtaja *Jukka Rantala*, Eläketurvakeskus

toiminnanjohtaja *Marita Ruohonen*, Suomen Mielenterveysseura

puheenjohtaja *Pekka Sauri*, Mielenterveyden keskusliitto ry

toimitusjohtaja *Esa Swanljung*, Työeläkevakuuttajat TELA ry

pääjohtaja *Harri Vainio*, Työterveyslaitos

puheenjohtaja *Matti Viljanen*, Akava

sopimusjohtaja *Risto Voipio*, Kirkon työmarkkinalaitos
pääjohtaja *Vappu Taipale*, Stakes (1.11.2007–24.4.2008)
valtiosihteeri *Terttu Savolainen*, sosiaali- ja terveysministeriö (1.11.2007–18.1.2010)
/valtiosihteeri *Eeva Kuuskoski*, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 19.1.2010)
kansliapäällikkö *Kari Välimäki*, sosiaali- ja terveysministeriö
ylijohtaja *Leo Suomaa*, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 1.1.2010)
ylijohtaja *Tarmo Pukkila*, sosiaali- ja terveysministeriö (1.11.2007–31.12.2009)
ylijohtaja *Outi Antila*, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 1.2.2010)

LIITE 3. HYVÄT KÄYTÄNNÖT -RYHMÄN KOKOONPANO

Puheenjohtaja

valtiosihteeri *Terttu Savolainen*, sosiaali- ja terveysministeriö

/valtiosihteeri *Eeva Kuuskoski*, sosiaali- ja terveysministeriö

Jäsenet

johtaja *Kaj Husman*, Työterveyslaitos

professori *Erkki Isometsä*, Helsingin yliopisto ja KTL/THL

ylilääkäri *Jorma Järvisalo*, Kansaneläkelaitos

viestintäjohtaja *Eeva Larjoma*, sosiaali- ja terveysministeriö

apulaisosastopäällikkö *Marja-Liisa Partanen*, sosiaali- ja terveysministeriö

/lääkintöneuvos *Maria Vuorilehto*, sosiaali- ja terveysministeriö

ylitarkastaja *Olavi Parvikko*, sosiaali- ja terveysministeriö

johtaja *Pekka Piispanen*, Työeläkevakuuttajat TELA ry

/johtaja *Eero Lankia*, Työeläkevakuuttajat TELA ry

pääsihteeri *Teija Honkonen*, sosiaali- ja terveysministeriö, sihteeri

LIITE 4. OHJAUSRYHMÄN KOKOUKSISSA VUOSINA 2008–2010 KUULLUT ULKOPUOLISET ASiantuntijat

Asiantuntijat

professori *Erkki Isometsä*, Helsingin yliopisto ja KTL/THL 9.4.2008

päätoimittaja *Eeva Ketola*, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 9.4.2008

ylitarkastaja *Marja-Leena Hiltunen*, STM 17.12.2008

SATA-komitean pääsihteeri *Lauri Pelkonen*, STM 11.2.2009

erikoistutkija *Kirsi Ahola*, Työterveyslaitos 5.10.2009

akatemiaturkija *Timo Partonen*, THL 5.10.2009

depressiokouluttaja ja -ohjaaja *Teija Kajander* 2.12.2009

tutkija *Birgitta Kinnunen*, Työterveyslaitos 4.3.2010

kehittämispäällikkö *Helena Palmgren*, Työterveyslaitos 4.3.2010

tulosityksikön johtaja *Grigori Joffe*, HYKS Psykiatrian toimiala 2.6.2010

ylilääkäri *Matti Holi*, HYKS Peijaksen sairaala 2.6.2010

erikoispsykologi *Jan-Henry Stenberg*, HYKS Psykiatriakeskus 2.6.2010

vanhempi tutkija *Kirsi Ahola*, Työterveyslaitos 16.9.2010

LIITE 5. KORKEAN TASON KOORDINAATIO- RYHMÄN KOKOUKSISSA KUULLUT ALUSTUKSET

Ensimmäinen kokous 4.3.2008

Työelämän muuttuneet vaatimukset yritysjohtajan näkökulmasta
hallituksen puheenjohtaja *Jorma Ollila*, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA

Masennus ja työeläkkeet
toimitusjohtaja *Esa Swanljung*, Työeläkevakuuttajat TELA ry

Henkinen hyvinvointi työelämässä
toiminnanjohtaja *Marita Ruohonen*, Suomen Mielenterveysseura

Masto-hankkeen tavoitteet ja toimintaohjelman laatiminen
ohjausryhmän puheenjohtaja, kansliapäällikkö *Kari Välimäki*, STM
pääsihteeri *Teija Honkonen*, Masto-hanke

Toinen kokous 10.6.2009

Masto-hankkeen toimintaohjelman eteneminen
ohjausryhmän puheenjohtaja, kansliapäällikkö *Kari Välimäki*, STM

Miten nuorten mielenterveysongelmiin voidaan tarttua ajoissa?
peruspalveluministeri *Paula Risikko*, STM

Osatyökykyisyys ja taloustaantumaa
työministeri *Tarja Cronberg*, TEM

Masennusdiagnoosi – kertoa vai salata?
filosofian lisensiaatti *Pirkko Lahti*

Kolmas kokous 15.12.2009

Miten Masto-hanke tukee työurien pidentämistä?
sosiaali- ja terveysministeri *Liisa Hyssälä*, STM

Eläkeneuvotteluryhmän näkökulma
toimitusjohtaja *Jukka Rantala*, Eläketurvakeskus

Työelämäryhmän näkökulma
johtaja *Jukka Ahtela*, Elinkeinoelämän keskusliitto EK

Neljäs kokous 15.10.2010

Osatyökykyisten työllisyyden tukeminen – kokemuksia muista maista
osastopäällikkö *Mikko Kautto*, Eläketurvakeskus

Masto-hankkeen työssä jatkamista ja työhön paluuta tukeva kampanja
valtiosihteeri *Eeva Kuuskoski*, STM

LIITE 6. MASTO-HANKKEEN JÄRJESTÄMIÄ TILAISUUKSIA JA SEMINAAREJA

Masto-hankkeen yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa järjestämiä tilaisuuksia ja seminaareja

Masto-seminaari – Tartutaan masennukseen. Helsinki 7.10.2008.

Tartutaan masennukseen: keinoja työkyvyttömyyden ehkäisyyn -seminaarit (Masto-kiertue). Tampere 4.11.2008, Jyväskylä 11.11.2008 , Turku 17.11.2008, Lappeenranta 20.1.2009, Pori 25.11.2008, Lahti 27.1.2009, Vaasa 4.2.2009, Kuopio 9.2.2009, Rovaniemi 23.2.2009, Joensuu 11.3.2009, Kokkola 17.3.2009, Oulu 23.3.2009, Helsinki 31.3.2009 (järjestäjinä Masto-hanke ja työsuojelupiirit).

Masennuksen torjunta 2010-luvulla: ajoissa auttamista ja osallisuuden vahvistamista -seminaari. Mielenterveysmessut, Helsinki 17.11.2009 (ohjelman suunnittelijoina Masto-hanke ja MTKL)

V valtakunnallinen depressiofoorumi. Helsinki 16.-17.11.2010 (järjestäjinä Masto-hanke, STM ja THL)

Masto-hankkeen päätöseminaari. Helsinki 15.2.2011

Asiantuntijaseminaareja

Psykoterapeuttiset menetelmät masennuksen hoidossa -seminaari. Helsinki 8.4.2008

Yrittäjien työkyvyn varhainen tuki - seminaari I. Helsinki 14.1.2009

Yrittäjien työkyvyn varhainen tuki - seminaari II. Helsinki 6.5.2009

Ammatit ja masennusperusteinen työkyvyttömyys -seminaari. Helsinki 10.6.2010

Pyöreän pöydän keskustelu: Nuoret ja mielenterveyssyistä myönnetty eläkkeet. Helsinki 13.10.2010

LIITE 7. MASTO-HANKE ESILLÄ (ESITELMIÄ JA ASiantuntija- PUHEENVUOROJA) SEURAAVISSA TILAISUUKSISSA

Tilaisuuksia

Työministeriö/Asiantuntijaseminaari, Helsinki 15.11.2007
ETK/Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunnan kokous, Helsinki 20.11.2007
Mielenterveysmessut, Helsinki 23.11.2007
Työhyvinvointifoorumi työn ja työelämän kehittämisen välineenä -seminaari, Helsinki 17.12.2007
Kelan Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoiminnan laaja yhteistyöryhmä, Helsinki 11.2.2008
STM:n ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan seminaari, Helsinki 27.2.2008
36. Valtakunnalliset kuntoutuspäivät, Helsinki 10.3.2008
Eduskunta/kansalaisinfo, Helsinki 13.3.2008
Työeläkeyhtiö Varman Hyvä työ on parasta lääkettä -seminaari, Tampere 24.4.2008
HUS Psykiatrian klinikka, Helsinki 27.5.2008
Henry ry:n työhyvinvointijaos, Helsinki 29.5.2008
STM/Sata-komitean ansioturvaajaosto/osasairauspäiväraha, Helsinki 22.8.2008
Työeläkeyhtiö Ilmarisen Työkyvyllä tulosta -seminaari, Helsinki 2.9.2008
Suomen Mielenterveysseuran liittohallituksen ja johtoryhmän suunnittelupäivä, Helsinki 24.9.2008.
Lapin mielenterveys- ja päihdepäivät, Rovaniemi 15.10.2008
Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) kokous, Helsinki 28.10.2008
Masennuksen hyvä hoitokäytäntö työterveyslääkärin ja psykiatrin yhteistyönä -koulutuskier-
tue, Tampere 5.11.2008
Työeläkevuokuttajat TELAn Masennus ja työelämä -seminaari, Helsinki 20.11.2008
Masennuksen hyvä hoitokäytäntö työterveyslääkärin ja psykiatrin yhteistyönä -koulutuskier-
tue, Helsinki 26.11.2008
Suomen Psykiatriyhdistys/VI Mielenterveystyön johtamisen kurssi psykiatreille, Tuusula 28.1.2009
Suomen Psykiatriyhdistys/Psykiatripäivät, Helsinki 12.3.2009
YTHS:n Mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät, Tampere 27.3.2009
Helsingin kaupungin Työterveyskeskuksen työterveyshoitajien koulutusiltapäivä, Helsinki 7.5.2009
Museoviraston työhyvinvointiseminaari, Helsinki 7.9.2009
Johtamistaidon opisto JTO /Työhyvinvointipäällikön tutkinto, Kirkkonummi 29.9.2009
Palkansaajajärjestöjen tutkimusseminaari, Helsinki 29.10.2009
Työterveyshoitaja 2009 -luentopäivät, Hämeenlinna 6.11.2009
TTL/Ratkaisuja sairauspoissaolojen hallintaan -seminaari, Helsinki 10.11.2009
IV valtakunnallinen depressiofoorumi, Jyväskylä 12.11.2009
MTKL/Mielenterveysmessut, Helsinki 17.11.2009

Helsingin yliopisto/Työterveyshuollon kuntoutusviikko, Helsinki 26.11.2009
SuPerin ammatilliset opintopäivät, Helsinki 16.2.2010
MTKL/Tiedotustilaisuus: Työurien pidentäminen on mahdollista - me kerromme miten!
Helsinki 10.3.2010
TTL/Tiedotustilaisuus: Masennuksen ehkäisy ja hoito -kirjan julkistamistilaisuus, Helsinki
19.5.2010
Eduskunta/Sosiaali- ja terveysvaliokunta 1.6.2010
STM/Työhyvinvointityöryhmä, Helsinki 23.6.2010
Eduskunta/Valtiovarainvaliokunnan kunta- ja terveysjaosto 26.10.2010
Melan ratkaisutoimen valvojien kokous, Espoo 12.11.2010
Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä, Tuusula 12.11.2010
HUS Psykiatria/ Työkyvyn tukemisen ja arvioinnin uudet haasteet, Helsinki 9.12.2010
STTK, Helsinki 18.1.2011

LIITE 8. MASTO-HANKE ESILLÄ (TIETOISKUJA, ESITTEITÄ) SEURAAVISSA TAPAHTUMISSA

Tapahtumia

Educa, Helsinki 23.–24.1.2009
Tykyhelmi, Kuopio 10.–11.2.2009
SuPerin ammatilliset opintopäivät, Tampere 10.–11.2.2009
Sairaanhoidajapäivät, Helsinki 5.–6.3.2009
TerveSos, Helsinki 13.–14.5.2009
Työterveyshoitajapäivät, Helsinki 5.–6.11.2009
Suomen Mielenterveysseuran tilaisuus, Helsinki 17.–18.11.2009
Educa, Helsinki 29.–30.1.2010
Tykyhelmi, Kuopio 9.–10.2.2010
SuPerin ammatilliset opintopäivät, Helsinki 16.–17.2.2010
Sairaanhoidajapäivät, Helsinki 11.–12.3.2010
TerveSos, Lahti 19.–20.5.2010
Henkinen hyvinvointi työssä -koulutuskierros, Kuopio 1.9.2010
Turvallisuus ja työhyvinvointi, Tampere 8.–10.9.2010
Henkinen hyvinvointi työssä -koulutuskierros, Helsinki 13.9.2010
Kuntamarkkinat, Helsinki 15.–16.9.2010
Henkinen hyvinvointi työssä -koulutuskierros, Tampere 20.9.2010
Työhyvinvoinnilla tulevaisuuteen, Rovaniemi 20.9.2010
Uudistuva työterveyshuolto-kierros, Helsinki 21.9.2010
Alihankinta 2010 -messut, Tampere 21.–23.9.2010
Itä-Suomen Lääketiedepäivät, Kuopio 21.–23.9.2010
Henkinen hyvinvointi työssä -koulutuskierros, Lappeenranta 22.9.2010
Työhyvinvoinnilla tulevaisuuteen, Turku 27.9.2010
Uudistuva työterveyshuolto-kierros, Turku 27.9.2010
Henkinen hyvinvointi työssä -koulutuskierros, Turku 4.10.2010
Henkinen hyvinvointi työssä, Helsinki 13.10.2010
Työhyvinvoinnilla tulevaisuuteen, Lahti 18.10.2010
Uudistuva työterveyshuolto-kierros, Tampere 19.10.2010
KoneAgria, Jyväskylä 20.–23.10.2010
Työterveyspäivät, Helsinki 26.–27.10.2010
Psykiatripäivät 27.–28.10.2010
Ruotsinkieliset sairaanhoidajapäivät, Helsinki 28.–29.10.2010
Henkinen hyvinvointi työssä -koulutuskierros, Oulu 1.11.2010
Uudistuva työterveyshuolto, Vaasa 1.11.2010
Uudistuva työterveyshuolto, Oulu 2.11.2010
Henry Foorumi, Helsinki 9.11.2010
Turun Lääkäripäivät, Turku 9.–11.11.2010
Työterveyshoitajapäivät, Helsinki 11.–12.11.2010

Uudistuva työterveyshuolto, Lappeenranta 18.11.2010
Työhyvinvoinnilla tulevaisuuteen, Vaasa 22.11.2010
Uudistuva työterveyshuolto, Kuopio 22.11.2010
Mielenterveysmessut, Helsinki 23.–24.11.2010
Uudistuva työterveyshuolto, Helsinki 25.11.2010
Uudistuva työterveyshuolto, Ahvenanmaa 2.12.2010
Työhyvinvoinnilla tulevaisuuteen, Helsinki 8.12.2010
Uudistuva työterveyshuolto, Rovaniemi 8.12.2010
Sairaanhoitajapäivät, Helsinki 17.–18.3.2011
VATES-päivät, Helsinki 23.–24.3.2011

LIITE 9. MASTO-HANKE MEDIASSA

Masto-hankkeen käynnistyminen sekä alkuvaihe 2007–2008

Masto-hankkeen käynnistymistä esiteltiin mediassa myönteiseen tai neutraaliin sävyyn. Masennuksen aiheuttama työkyvyttömyys myös huolestutti mediassa.

Kärkenä uutisjutuissa oli usein huomio, jonka mukaan masennuksen vuoksi joudutaan sairauslomalle tai ennenaikaiselle eläkkeelle aikaisempaa enemmän. Kärjeksi nostettiin myös Masto-hankkeen tavoite vähentää masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä. Uutisjuttujen ja artikkeleiden sisällä huomioitiin usein Masto-hankkeen pureutuminen erityisesti hoidon parantamiseen, kuntoutukseen, riskiryhmien erityiseen huomioimiseen ja työhyvinvoinnin edistämiseen. Huomioitiin myös hankkeen pitkän tähtäimen tavoite puolittaa työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien määrä.

Myös pääkirjoituksissa Masto-hanke sai kohtuullisen hyvän vastaanoton. Muutamisissa pääkirjoituksissa oli opastava sävy, mutta toisaalta osassa kirjoituksia todettiin, että vihdoin on tartuttu toimeen. Osassa pääkirjoituksia korostettiin, että työelämään tarvitaan joustoja. Mainittiin myös työyhteisön tuki sekä työterveyshuollon tärkeä rooli työhön paluussa.

Hankkeen alkuvaiheessa mediassa nostettiin esille myös taloudellinen / kansantaloudellinen näkökulma masennukseen. Otsikoinneissa huomioitiin sekä säästöt että kustannukset: ”Yhteiskunta säästää hoitamalla masentuneet hyvin” (Turun Sanomat 8.3.2008); ”Masennus maksaa yli puoli miljardia vuodessa” (HS 21.3.2008).

Syksyllä 2008 uutisoitiin masennuksen takia eläkkeelle jääneiden määrän kaksinkertaistumisesta. Lisäksi uutisoitiin jonkin verran osapäivärahan mahdollisesta käyttämisestä masennustoipilaan työhön paluun tukemiseen.

Joissakin lehtijutuissa hankkeen käynnistämisen uutisoinnin rinnalla esiteltiin yksittäisen ihmisen henkilökohtainen näkökulma/ tarina masennuksesta. Osassa uutisointia käsiteltiin siis masennuksen inhimillistä puolta: esimerkiksi pitkittyvä työkyvyttömyys ja työelämästä syrjäytyminen nähtiin ihmisen itsensä ja hänen läheistensä kannalta ikävänä ja epäoikeudenmukaisena.

Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet -tutkimukset

Ammatit ja masennusperustaiset työkyvyttömyyseläkkeet -tutkimuksesta uutisoitiin syksyllä 2009 mediassa usein huomioiden, että masennus ajaa ihmissuhdetyöntekijöitä ja naisia eläkkeelle. Lisäksi mediassa huomioitiin masennuksen perusteella myönnettyjen eläkkeiden määrä ja sen vaikutus työuriin; todettiin usein, että masennus lyhentää suomalaisten työuria. Huomioitiin myös, että työntekijäammateista jäädyään työkyvyttömyyseläkkeelle kaksi kertaa useammin kuin asiantuntijatehtävistä. Osassa uutisotsikoinneissa esiin oli nostettu myös ikä eläkkeelle siirryttäessä: eläke alkaa masennuksen takia keskimäärin 49-vuotiaana. STT:n laatimaa uutisjuttua tutkimuksesta oli käytetty usean lehtijutun pohjana.

Sävy uutisoinnissa oli pääosin myönteistä tai neutraalia sekä informatiivista. Muutamissa pääkirjoituksissa todettiin, että työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvien korkeaa määrää ei voida hyväksyä ja toisaalta, että työkyvyttömiä määrää voidaan ja täytyy alentaa. Todettiin, että työelämän tahti on muuttunut hektiseksi eikä ihmisillä ole aikaa palautua työstä. Pääkirjoituksissa otettiin myös kantaa avoimen vuorovaikutuksen, hyvän työilmapiirin ja eri sektoreiden välisen yhteistyön puolesta, mutta pohdittiin myös ”hyvää elämää” työajan ulkopuolella sekä ennaltaehkäiseviä toimia mielenterveyden hyväksi.

Sekä Helsingin Sanomat että Väli-Suomen sanomalehdet julkaisivat laajan tutkimukseen pohjautuvan jutun. STT:n juttu ”Ihmissuhdetyöntekijät masennuksen takia eläkkeelle” julkaistiin sellaisenaan tai muokattuna useassa lehdessä. Aihe huomioitiin myös monissa ammatti- ja erikoislehdissä.

Laajaa huomiota sekä lehdissä että sähköisessä mediassa sai myös kesäkuussa 2010 julkistettu Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet -tutkimus. STT:n juttu tutkimuksesta julkaistiin sellaisenaan tai muokattuna useassa lehdessä. Haastatteluja aiheesta oli myös lukuisissa uutis- ja ajankohtaisohjelmissa.

Masto-kiertue 2008–2009

Masto-kiertueella järjestettiin 12 paikkakunnalla tiedotustilaisuus, joissa mukana oli poikkeuksetta alueen sanomalehdet ja sähköiset viestimet hyvin kattavasti. Masto-kiertueen uutisointi vaihteli paikkakunnittain ja osassa jutuista esiin nostettiin myös paikallinen näkökulma kiertueen aiheesta. Juttujen sävy oli kauttaaltaan pääosin positiivinen tai neutraali.

Kärjeksi uutisoinnissa nostettiin muun muassa seuraavat huomiot: kasvava työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen masennuksen vuoksi, masennuksesta aiheutuvat kustannukset yhteiskunnalle, Kelan maksaman psykoterapian muuttuminen lakisääteiseksi, työurien pidentäminen, osasairauspäivärahalle pääsyn helpottaminen ja työelämän vaatimustason nousu. Lisäksi uutisoinnissa käsiteltiin työnantajan roolia työhön paluussa sekä työterveyshuollon koordinaatiomahdollisuuksia. Myös masennusriskissä olevien nuorten tukeminen nousi mediassa esille. Useassa jutussa oli info-laatikko Masto-hankkeesta tai masennuksesta.

Muu uutisointi

Masto-hankkeen pääsihteeriä ja muita edustajia haastateltiin hankkeen aikana kymmeniin lehtiin sekä radio- ja tv-ohjelmiin. YLE TV2 Silminnäkijän (17.2.2008) aiheena oli masennuksen hoito, YLE TV1 A-studiossa (3.2.2010) esillä oli muun muassa nuorten masennus ja YLE TV2 Ajankohtaisessa kakkosessa (9.2.2010) käsiteltiin masennuksesta johtuvaa työkyvyttömyyttä.

Syksyllä 2010 mediassa oli esillä muun muassa Masto-hankkeen teettämän kyselytutkimuksen tulokset osasairauspäivärahan käytöstä.

Mediassa uutisoitiin myös MastDo-kampanjasta. Erityisesti (sähköisissä) ammatti- ja erikoislehdissä kerrottiin kampanjan haastavan suomalaiset arvioimaan, kuinka hyvin heidän työpaikkansa toimii.

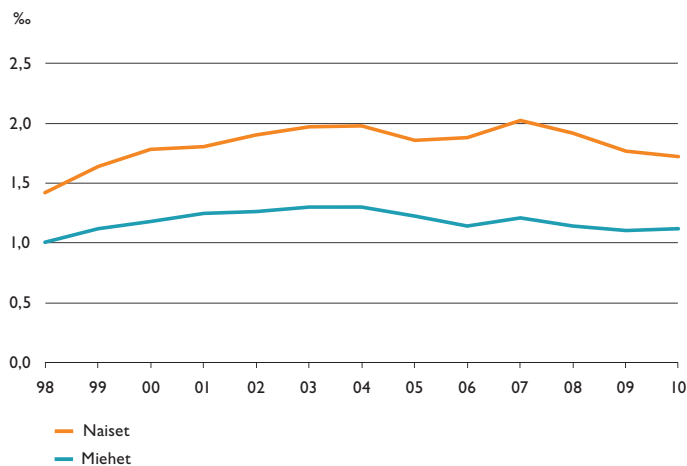
Maaseudun yrittäjille kohdistetusta verkkokyselystä uutisoitiin jonkin verran. Jutuissa todettiin, että parisuhde, perhe, riittävä lepo sekä onnistuminen työssä tuovat

voimia maatalous- ja maaseutuyrittäjien arkeen. Voimia syövät taloudelliset huolet, epävarmuus tulevaisuudesta, sairaudet ja paperisota.

Huomiota herätti myös masennuksen ja työurien suhde. Todettiin, että aktiivisella masennuksen ehkäisyllä ja hoidolla voidaan saada lisää pituutta työuriin. Todettiin myös, että työpaikoilla on monia keinoja tukea työhyvinvointia ja työkykyä. Mahdollisuus työhön tukee toimeentuloa, vahvistaa muun elämän hallintaa ja mahdollistaa osallistumisen yhteiskuntaan.

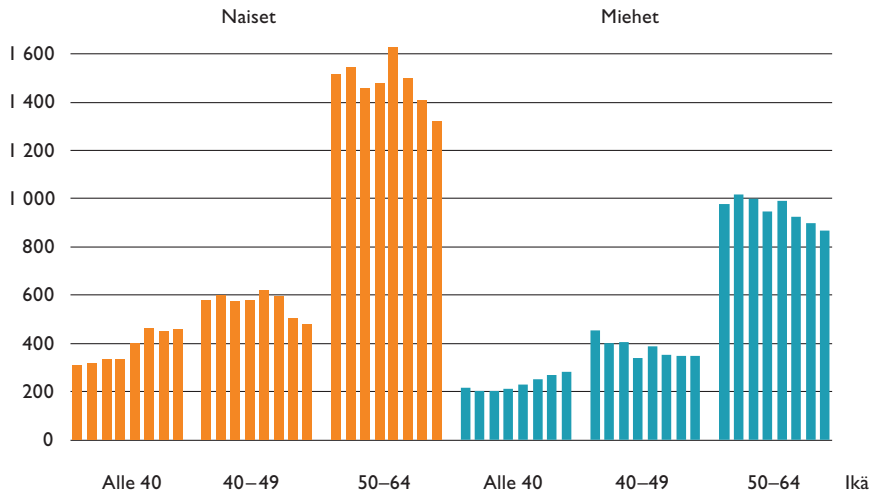
Masto-hankkeen päätösseminaarin uutisoinnissa kärkeen nousi masennuksen arkipäiväistyminen: ”yksi masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän Masto-hankkeen tärkeimmistä saavutuksista on masennuksen arkipäiväistyminen”. Masennuksen takia alkaneiden sairauspäiväraha-kausien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kääntyminen laskuun noteerattiin samassa. Tulokset esitettiin mediassa myönteiseen sävyyn: ”Masennuksen vuoksi alkaneiden sairauslomien lähes vuosikymmenen jatkunut kasvu on saatu taittumaan” (Länsi-Savo 15.2.2011)

LIITE 10. LIITEKUVIOT



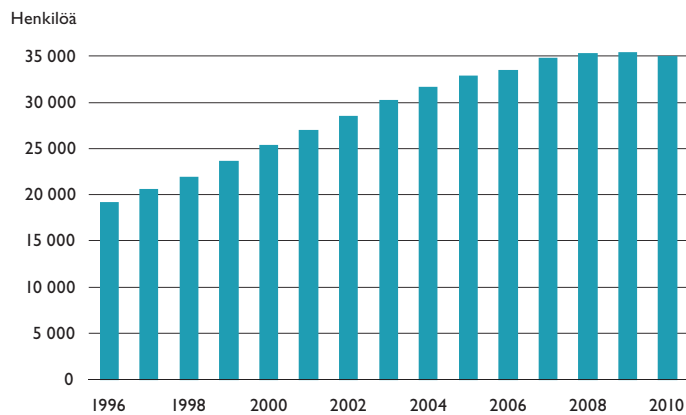
Liitekuvio 1. Masennukseen perustuvien eläkkeiden ikävakiointu alkuvuus 25–62 -vuotiailla vuosina 1998–2010, yksityinen sektori

Lähde: Eläketurvakeskus



Liitekuvio 2. Työeläkejärjestelmästä masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle vuosina 2003–2010 siirtyneet ikäryhmittäin

Lähde: Eläketurvakeskus



Liitekuvio 3. Työeläkejärjestelmästä masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkettä saaneet vuosina 1996–2010

Lähde: Eläketurvakeskus

- Ahola K (toim.). Tue työkykyä – käsikirja esimiestyöhön. Helsinki: Työterveyslaitos 2011.
- Gould R, Kaliva K. Työkyvyttömyyseläke ja ansiotyö. Eläketurvakeskuksen raportteja 2010: 5. Helsinki 2010.
- Gould R, Nyman H. Nuorena työkyvyttömyyseläkkeelle. Työeläke 2010: 5.
- Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R, Nyman H, Tuominen K (Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta). Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 2007: 1. Helsinki 2007.
- Gould R, Lampi J, Nyman H. Työhön paluu kuntoutustuen jälkeen. Työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin perustuva selvitys. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2011: 3. Helsinki 2011.
- Elinkeinoelämän keskusliitto EK. Johda työkykyä. Pidennä työuria. EK:n työkykyjohtamisen malli. Helsinki 2011.
- Honkonen T. Työ ja mielenterveys. Kirjassa: Työstä terveyttä, 1 painos ss. 70–86. Toim. KP Martimo, M Antti-Poika, J Uitti. Helsinki: Duodecim 2010.
- Honkonen T, Vuorilehto M. Masennuksen lyhytpsykoterapia – vähän käytetty mahdollisuus julkisessa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 2011; 12:1013–1017
- Kaila ET, Väisänen A, Varjonen J, Laamanen A, Leino T. Onko masennus hoidettavissa työterveyshuollossa? Suomen Lääkärilehti 2011; 10: 835–840.
- Kantolahti T, Tikander T (toim.). Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta. Työhyvinvointi-foorumi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:17. Helsinki: STM 2010.
- Kausto J, Virta L, Martimo KP, Viikari-Juntura E. Myönteiset kokemukset rohkaisevat osaisausräpävarahan käyttöön. Suomen Lääkärilehti 2010; 19: 1719–1728.
- Kivistö S, Kallio E, Turunen G. Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 33. Helsinki: STM 2008.
- Koffert T, Kuusi K. Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. 13. painos. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura Tuotanto Oy 2008.
- Lehto M. Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011: 5. Helsinki: STM 2011.
- Pahkin K, Leppänen A, Kajosaari K, Ala-Laurinaho A, Welling I, Väänänen A, Joensuu M, Koskinen A. Työhyvinvoinnin kehittäminen ja sairauspoissaolojen hallinta paperiteollisuudessa. Työympäristötutkimuksen raporttisarja 46. Helsinki: Työterveyslaitos 2010.
- Pensola T, Gould R. Ammatit ja masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2009: 7. Helsinki 2009.
- Pensola T, Gould R, Polvinen A. Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010: 16. Helsinki: STM 2010.
- Pirkola S, Honkonen T, Pasternack I, ym. Työterveyshuollon hyvät käytännöt: Depressio. Näyttöön perustuva suositus. Duodecim/Terveysportti, työterveyden käsikirja. Artikkelitk00100(000.002). Työterveyslaitos, Helsinki: Työterveyslaitos 2009.

- Rossi H, Tuisku K. Yhteistyö ja työkalut – masennuksen hoidon kulmakivet. Työterveyslääkäri 2009; 2:113–117.
- Rossi H, Tuisku K, Joensuu M, ym. Rohkaisevia kokemuksia masennuksen hoitosuosituksen jalkauttamisesta Järvenpäässä. Työterveyslääkäri 2010; 4: 95–98.
- Saikk P, Sinervo L. Työttömien terveyspalvelun juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 2010: 42. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Psykoterapian konsensuslausuma 18.10.2006. Duodecim 2007; 123: 112–120.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito -suositus: Depressio. Duodecim 2004; 120 : 744–764. Päivitetty 4.7.2009.
- STM. Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 7. Helsinki: STM 2007a.
- STM. Sairaanhoidovakuutuksen kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 34. Helsinki: STM 2007b.
- STM. Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 41. Helsinki: STM 2008.
- STM. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3. Helsinki: STM 2009a.
- STM. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 62. Helsinki: STM 2009b.
- STM. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010: 1. Helsinki: STM 2010.
- STM. Työhyvinvointityöryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011: 4. Helsinki: STM 2011a.
- STM. Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011: 6. Helsinki: STM 2011b.
- TEM. Vammoista viis - tärkeintä on osaaminen. Opas työnantajalle vammaisen tai osatyökykyisen palkkaamiseksi. Helsinki: TEM 2010.
- TEM. Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 2011: 10. Helsinki: TEM 2011.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Opas 5. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009.
- Tuisku K, Rossi H. Masennuksen ehkäisy ja hoito – työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Helsinki: Työterveyslaitos 2010.
- Tuisku K, Rossi H, Ahola K, Virtanen M. Työterveyshuolto kaipaa yhteistyötä masennuspotilaiden hoitoon. Suomen Lääkärilehti 2009; 13: 1218–1219.
- Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L ym. Työ ja terveys haastattelututkimus 2009. Helsinki: Työterveyslaitos 2010.
- Työurat pidemmiksi – työeläkejärjestelmän kehittämisvaihtoehtojen tarkastelua. Työurien pidentämistä selvittävän työryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2011: 4.
- Virtanen M, Rossi H, Tuisku K. Työterveyshoitajien kokemukset ja koulutustarpeet. Työterveyshoitaja 2009; 3: 28.

Vuori J, Ristolainen H, Larvi T, Salokangas T, Ahola K, Koivisto P, Jalonen P, Honkonen T, Toppinen-Tanner S, Salmela-Aro K. Työuran uurtaja -ryhmämenetelmä. Ohjaajan käsikirja. Helsinki: Työterveyslaitos 2008a.

Vuori J, Ristolainen H, Larvi T, Salokangas T, Ahola K, Koivisto P, Jalonen P, Honkonen T, Toppinen-Tanner S, Salmela-Aro K. Työuran uurtaja -ryhmämenetelmä. Osallistujan työkirja. Helsinki: Työterveyslaitos 2008b.

Vuorinen H, Haapanen A, Jahkola A, Joensuu M, Kivistö S. Tukea työhön paluuseen ja työssä jatkamiseen. Osasairauspäivärahan tavoitteet, etuuden käyttöönotto ja jatkon haasteet. Työympäristötutkimuksen raporttisarja 2010: 49. Helsinki: Työterveyslaitos 2010.

Lisätietoa verkossa

Masto-hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi

www.masto-hanke.fi (vuoden 2011 loppuun saakka)

MastDo-kampanjasivusto

www.MastDo.fi (vuoden 2011 loppuun saakka)

Masto-hankkeen esite

www.stm.fi/julkaisut

Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa -esite

www.stm.fi/julkaisut

Depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelma – suositus ammattikorkeakouluille

www.stm.fi/depressiohoitajasuositus

Esityksiä ja puheita Masto-hankkeen tapahtumista

www.stm.fi/seminaarit/Mastohanke

Työterveyslaitoksen tietokortit

www.ttl.fi/fi/tietokortit

Käytännöllisiä toimintaohjeita työkyvyn tukemiseksi työpaikoilla

www.ttl.fi/tuetyokyky

Masennuksen ehkäisy ja hoito – työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon

www.ttl.fi/masennuksenhoito

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

www.stm.fi/ julkaisut

Mieli – kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuoteen 2015

www.thl.fi/mielijapaihde

Terve Suomi -sivusto

www.tervesuomi.fi

KelNet -mielenterveyssivusto

mielenterveystalo.hus.fi

Innokylä – sosiaali- ja terveysalan kaikille avoin innovaatioyhteisö

www.innokyla.fi